

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1933-1934. — N° 97

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE P^r TIXIER

Contribution à l'étude du traitement et des résultats éloignés
des grossesses tubaires
dans les cinq premiers mois de leur évolution.

(A PROPOS DE 105 OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Janvier 1934.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre ACHARD

Né le 29 Mai 1907, à Chambéry (Savoie).



IMPRIMERIE DE TRÉVOUX
G. PATISSIER

—
1934

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT ET DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DES GROSSESSES TUBAIRES
DANS LES CINQ PREMIERS MOIS DE LEUR ÉVOLUTION

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1933-1934. — N° 97

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE P^r TIXIER

**Contribution à l'étude du traitement et des résultats éloignés
des grossesses tubaires
dans les cinq premiers mois de leur évolution.**

(A PROPOS DE 105 OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Janvier 1934.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Pierre ACHARD

Né le 29 Mai 1907, à Chambéry (Savoie).



IMPRIMERIE DE TRÉVOUX
G. PATISSIER

—
1934

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire ...	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET,
BARRAL, ROLLET, DOYON

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	ERRARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	HERMANN
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHATX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-RAVAULT
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PONTHUS
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	MALMEJAC
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	

Examineurs de la Thèse :

M. TIXIER, *Président*,

MM. POLLOSSON, ROCHET, GUILLEMINET, *Assesseurs*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

*Sa vie d'honneur et de loyauté
sera pour nous un enseignement
précieux. Qu'il trouve ici l'expres-
sion de toute notre tendresse filiale
et de notre grande reconnaissance.*

A MA MÈRE

*En témoignage de notre grati-
tude la plus vive et de notre affec-
tion la plus profonde.*

A MA SOEUR

*En témoignage de notre affec-
tueux attachement.*

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
jury. Qu'il veuille bien recevoir
l'hommage respectueux de notre
profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. POLLOSSON

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Il a bien voulu s'intéresser à
nous et nous aider de ses conseils
au cours de ce travail. Nous le re-
mercions de sa grande bienveil-
lance et de l'honneur qu'il nous a
fait de faire partie de notre jury
de thèse.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. CARCASSONNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'AIX-MARSEILLE

Nous avons été son élève et il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse et nous guider dans ce travail. Nous l'en remercions et le prions de trouver ici l'expression de notre profonde et sincère gratitude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL ST-JOSEPH DE LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'étude du traitement des grossesses extra-utérines dans les cinq premiers mois de leur évolution a donné lieu à de nombreuses publications. Mais, en dehors même de la thérapeutique de la grossesse tubaire, il nous a paru intéressant d'étudier les résultats des différentes méthodes de traitement.

Aussi, dans ce travail, après avoir rappelé les diverses méthodes thérapeutiques, avons-nous cherché à préciser quels en sont les résultats et quel est l'avenir de ces opérées.

A cet effet, nous avons recueilli intégralement toutes les observations de grossesses tubaires opérées dans le Service de Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier, au cours des années qui s'étendent de 1906 à 1933, et nous avons pu ainsi étudier 105 cas de grossesses tubaires. Ce chiffre peu élevé, somme toute, s'explique, d'une part, parce que, au cours de ces 27 dernières années, durant lesquelles nous avons fait nos recherches, il faut retrancher les quatre années de guerre (1914-1918) et, d'autre part, parce que ces interventions

s'imposent souvent par leur urgence et sont pratiquées à l'Infirmierie de Porte.

Nous avons convoqué ces 105 anciennes opérées et grâce aux 48 — qui ont répondu au questionnaire que nous leur avons fait parvenir — ou qui se sont présentées et que nous avons revues et examinées avec soin, nous avons recueilli des résultats opératoires qui nous permettent d'apporter — en collaboration avec MM. les Professeurs Agrégés Pollosson et Carcassonne — notre contribution à l'étude des grossesses tubaires dans les 5 premiers mois de leur évolution.

Dans ce modeste travail, nous avons ainsi restreint notre champ d'étude, et après avoir rappelé brièvement les différentes méthodes thérapeutiques, nous indiquons nos résultats, d'abord les résultats immédiats et généraux, découlant de l'étude approfondie des 105 observations que nous avons compulsées et, ensuite, les résultats éloignés et particuliers, fournis par l'étude des 48 cas que nous avons revus et que nous publions in-extenso.

CHAPITRE PREMIER

Les méthodes thérapeutiques

En présence d'une grossesse extra-utérine, le problème se pose différemment suivant qu'il s'agit d'une forme cataclysmique ou d'une grossesse extra-utérine en évolution. Quoi qu'il en soit, les méthodes thérapeutiques utilisées sont identiques et, suivant ce que nous avons observé, elles peuvent se grouper en deux classes :

- les méthodes expectatives,
- les méthodes opératoires.

1° Méthodes expectatives

L'expectative n'est autorisée, qu'autant qu'il s'agit d'expectative armée. Elle doit être réalisée, par conséquent, dans un Service hospitalier, où l'observation de la malade peut être continuée sous une surveillance avertie. Ce n'est pas — même dans les cas d'hémorragie

grave — une méthode à rejeter, et certains chirurgiens, à la suite de Laroyenne, préfèrent encore attendre quelques heures avant que d'intervenir sur une malade saignée à blanc, froide et shockée au plus haut point. Cette méthode cependant doit être rejetée, du moins comme règle systématique, dans le traitement de l'inondation péritonéale. L'expectative et l'abstention opératoires immédiates ne sont justifiées alors qu'autant qu'elles sont transitoires et suffisantes pour permettre de réchauffer la malade, de parer aux phénomènes de shock et surtout de réaliser, comme 1^{er} temps opératoire, une transfusion massive. On n'a pas insisté assez sur le rôle de cette transfusion préopératoire. Elle seule, justifie les quelques heures d'expectative qui, surtout dans les cas d'inondation, doit être aujourd'hui complètement rejetée si l'accident survient près d'une formation hospitalière.

Mais cette expectative, préjudiciable, à notre sens, lorsqu'il s'agit de formes aiguës où le vaisseau qui saigne réalise rarement l'hémostase spontanée, reste une règle immuable lorsqu'on se trouve en présence d'une forme chronique ou plutôt d'une forme à évolution plus lente. En gynécologie surtout, on ne doit pas se hâter et cette règle s'applique aux grossesses tubaires à évolution torpide. Les malades doivent être observées de près et n'être opérées que le diagnostic réellement établi et dans certains cas, l'état général remonté. Nous avons observé de nombreux cas où l'expectative a apporté des renseignements supplémentaires et surtout nous a permis de remonter l'état général des malades pour tenter chez elle à coup sûr une intervention heureuse.

Si nous insistons sur ce point, c'est qu'à la lumière des publications récentes, on se rend trop souvent compte que pour le chirurgien, grossesse tubaire égale intervention d'urgence. Oui, le fait est exact, s'il s'agit de formes cataclysmiques. Ici, point d'hésitation. Après une transfusion, intervention. Mais lorsque l'on a affaire à ces formes salpingiennes, à ces incidents d'ictus à répétition, quand la malade est bien surveillée en clinique ou à l'hôpital, point n'est besoin de trop se hâter. De la glace sur le ventre, le repos absolu au lit, de petites transfusions faciliteront le traitement du shock et assureront, d'une façon efficace, le pronostic de l'intervention. Cette règle a été appliquée dans le service de notre Maître, M. le P^r Tixier, et à la lecture de nos observations, on se rendra compte que, sauf dans les cas d'extrême urgence (formes cataclysmiques, inondation péritonéale, formes hémorragiques), l'intervention n'a jamais été brutale et immédiate. Nous avons toujours essayé d'étayer notre diagnostic par des examens successifs, par des réactions biologiques (Brauha) avant que d'intervenir.

Cette expectative, cependant, ne saurait être que transitoire. Et pourtant, que l'on nous permette d'émettre ici, une hypothèse. — L'évolution habituelle de la grossesse extra-utérine se fait vers la fissuration de la trompe et sa rupture dans le grand ventre. Mais l'on doit admettre que cette évolution d'une nidation ectopique de l'œuf pour être habituelle n'en est pas moins anormale. Il est des cas — et certaines constatations opératoires en font foi — où l'œuf ne trouvant pas ses conditions de vie, ne peut évoluer, et l'avortement tu-

baire se produit. La forme hydrosalpinx caractérisée par l'apparition d'une tumeur para-utérine ne s'accompagnant, en dehors de signes frustes de grossesse, d'aucune douleur, d'aucune perte, peut évoluer favorablement vers l'avortement. Ce sont ces formes là qu'il importe de mettre au repos, et après avoir affirmé son diagnostic par des constatations cliniques (retard de règles, colostrum des seins, sensation de grossesse, réaction de Brauha), on se doit de surveiller ces malades. Nous sommes persuadés — sans avoir d'autres preuves que certaines constatations opératoires sur lesquelles nous reviendrons — qu'un grand nombre de grossesses tubaires sont arrêtées dans leur évolution par un avortement qui assure la guérison, en même temps que la parfaite perméabilité de la trompe, fortement compromise dans son action physiologique. Cette hypothèse seule suffirait à justifier l'expectative dans les premières semaines du développement de la grossesse extra-utérine.

2° Méthodes opératoires

Toutes visent à supprimer la cause de l'hémorragie et, pour ce faire, sont à tendance différente.

Pendant longtemps, en présence d'une grossesse extra-utérine, ayant provoqué une hématoçèle, on a pratiqué une *colpotomie* ; celle-ci aujourd'hui ne peut plus être préconisée. Le temps n'est plus où, par crainte d'une laparotomie, on allait inciser le Douglas, évacuer

les caillots qu'il contenait et, à l'aveuglette, essayer d'atteindre la trompe malade que l'on ramenait parfois à bout de pince... heureux de la chance qui faisait éviter l'apport trop fréquent d'une anse grêle libre. Nous avons pu recueillir quatre observations de colpotomie — opération qui ne peut trouver sa justification que dans le cas d'hématocèle infectée, diagnostiquée après ponction du Douglas. Nous n'en parlons donc que pour mémoire quoique, dans les mains des chirurgiens expérimentés de la Charité, elle ait pu donner de beaux succès.

A la colpotomie, on préfère aujourd'hui la *laparotomie médiane* ou le *Pfannenstiel* qui, donnant un jour large, permet d'apporter à la trompe malade le traitement rationnel. Mais celui-ci diffère suivant les auteurs et les méthodes proposées vont du simple au composé.

En présence d'une grossesse tubaire bien individualisée, sans fissuration large de la trompe, certains ont préconisé la simple expression de la trompe, l'accouchement de l'œuf et des membranes par l'orifice tubaire. En 1922, M. Cotte, à la Société de Chirurgie de Lyon, présentait 2 observations de grossesse tubaire ainsi opérées et ayant eu par la suite des grossesses normales. Cette conduite est la ligne que l'on doit suivre et vers laquelle on doit tendre chaque fois que la lésion est intra-tubaire et non pariétale. A notre avis, cet avortement est praticable dans bon nombre de cas. Il n'entraîne aucune complication hémorragique et, dans les diverses statistiques publiées, ne s'accompagne d'aucun trouble. Mais les auteurs — et surtout les auteurs alle-

mands — font à cette méthode deux reproches. En premier lieu, elle n'est qu'exceptionnellement réalisable, demandant pour ce faire, une lésion très limitée et uniquement intratubaire. De plus, la grossesse doit être ampullaire et proche du pavillon.

Le deuxième reproche est de plus d'importance. En poussant ainsi la conservation au plus haut point, on expose la femme à des récidives, qui compromettent non seulement la vie, mais tout l'avenir génital de la femme. Et ce reproche s'adresse à toute la chirurgie conservatrice. En réalité, les récidives de grossesses extra-utérines sont-elles si fréquentes ? Les a-t-on comparées au nombre de grossesses normales survenues après une intervention pour grossesse extra-utérine ? Pour notre part, nous avons observé 5 cas de grossesses extra-utérines itératives et 9 cas de grossesses normales chez les 48 malades que nous avons revues. En réalité, ce reproche ne peut être valablement invoqué. On ignore tout ou à peu près tout du mécanisme pathogénique de la grossesse tubaire. S'il est classique de craindre la récurrence, nous ne pensons pas que cette possibilité soit suffisante pour excuser une mutilation importante de l'appareil génital de la femme. Aussi, chaque fois qu'il sera possible de le faire, chaque fois que la lésion tubaire ne sera pas allée jusqu'à la fissuration, l'avortement par manœuvre d'expression restera le traitement de choix de la grossesse extra-utérine.

La *salpingectomie isolée* — c'est-à-dire l'ablation seule de la trompe — est l'opération la plus souvent réalisée. Les lésions rencontrées sont telles que la trompe n'est

plus utilisable. Dans quelques cas assez rares d'ailleurs, on a pu réaliser des salpingectomies sous-séreuses. Le plus souvent, une pince saisit le pédicule tubaire, une autre son point d'insertion utérin, et la trompe est enlevée en totalité. C'est ce que l'on retrouvera dans soixante de nos observations. Cette salpingectomie supprime donc toute la trompe. Elle ne doit être réalisée ainsi qu'autant que les lésions le commandent et après exploration préalable des annexes du côté opposé. Cette conduite ne peut être justifiée, en effet, qu'autant que la lésion est gravement destructive et qu'autant que la trompe du côté opposé est saine d'apparence. Nous y insistons, car la salpingectomie totale — et à plus forte raison l'ovario-salpingectomie — est une opération élégante, facile, rapide.

Est-il nécessaire de faire une salpingostomie ? Nous ne le pensons pas. La ligature tombe et la trompe demeure parfois perméable. En tous cas, ses chances de perméabilité sont aussi grandes qu'après salpingostomie.

Nous n'avons envisagé ici que la salpingectomie unilatérale et n'avons fait que signaler la possibilité d'ablation bilatérale des trompes. Les lésions peuvent l'imposer, soit qu'il s'agisse de grossesse tubaire itérative, soit qu'il faille enlever une lésion différente du côté opposé à la trompe gravide. Le fait n'est pas exceptionnel et la conservation de l'utérus et des ovaires doit toujours être préférée, chaque fois qu'elle est possible et sans danger pour la malade, à l'hystérectomie totale ou sub-totale. Mais si nous avons attiré l'attention sur ce point, c'est qu'à la lecture d'observations, on est frappé du nombre de salpingectomies bilatérales réalisées par

les chirurgiens pour traiter des lésions bilatérales des trompes. Nous sommes persuadé qu'un certain nombre de salpingectomies réalisées du côté opposé à la lésion l'ont été à tort. M. Villard a insisté à la Société de Chirurgie de Lyon (février 1922), — et M. Tixier le montre souvent dans son service, — sur la fréquence d'un aspect pseudo-inflammatoire de la trompe opposée dans la grossesse tubaire rompue. Souvent la trompe saine apparaît turgescente, tendue et rougeâtre. Un chirurgien non averti peut la croire malade et l'enlever. En réalité, il n'en est rien et la trompe n'est qu'un reflet des modifications subies par tout l'arbre génital au cours de l'évolution d'une grossesse extra-utérine. D'ailleurs, le pavillon ouvert révèle son intégrité et l'erreur — commise certainement — serait d'enlever une telle trompe.

Mais si la salpingectomie est possible et réalise le traitement idéal des grossesses développées au niveau de l'ampoule ou de l'isthme, elle devient inefficace et souvent dangereuse pour les grossesses développées dans la portion interstitielle, qui réalisent de véritables gravidités *angulaires*. Inefficace en effet, la salpingectomie ne peut supprimer la gravidité et elle devient dangereuse car, dans ces tissus mous, friables, hémorragiques, toute intervention sur la corne utérine risque de conduire à l'hystérectomie. La conduite idéale reste l'incision de la trompe, l'ouverture de la corne et l'accouchement de l'œuf suivi d'une suture au point en U avec du très gros catgut et une aiguille sertie. Pas toujours réalisable, elle doit toujours être tentée.

Si nous avons insisté sur ces points, c'est que cette

possibilité d'ablation de la grossesse « in situ » a été étendue à la trompe et que des auteurs, à la suite de Kermauner, ont tenté la conservation à outrance après une véritable césarienne réalisée au niveau de la trompe. Les difficultés opératoires semblent grandes, les indications restreintes d'une telle intervention et la salpingectomie demeure à nos yeux l'intervention idéale à condition qu'elle soit économique et par conséquent la moins mutilante possible.

Mais cependant, les lésions souvent s'étendent jusqu'à l'ovaire. En réalité, celui-ci est moins lésé qu'il ne peut le paraître au premier abord et bien souvent, on enlève des ovaires paraissant malades, mais qui en fait participent à la réaction générale inflammatoire de l'arbre génital, dont nous parlions ci-dessus.

Dans d'autres cas, au contraire — et en dehors même des grossesses ovariennes — la glande génitale est lésée. Le placenta s'insère à son niveau. L'intervention enfin peut être facilitée par l'ablation en entier du pédicule tubo-ovarien et l'hémostase assurée de façon plus efficace et sûre. Ces faits suffisent à justifier l'ovario-salpingectomie qui est le plus souvent une intervention d'urgence qui assure une rapide opération à une malade déjà fortement saignée à blanc.

Dans les autres cas, il faut justifier cette opération par des lésions manifestes de l'ovaire et surtout par une intégrité de la glande génitale du côté opposé. Ce n'est ici encore qu'après une minutieuse exploration que l'on se décidera à supprimer, avec la trompe, un ovaire manifestement trop malade pour être conservé. Nous verrons d'ailleurs que l'ovario-salpingectomie

n'entraîne pas — à condition d'intégrité des annexes du côté opposé — la stérilité.

Ainsi, quelle que soit la forme anatomo-clinique de la grossesse extra-utérine, quel que soit le moment où on la voit, les méthodes conservatrices restent celles que l'on doit utiliser, depuis la simple expression tubaire provoquant l'avortement, jusqu'à l'ovario-salpingectomie et la salpingectomie double. Elles conservent à la malade ses fonctions principales de femme, lui assurent des règles normales et lui permettent de poursuivre sa vie sexuelle.

À ces interventions conservatrices, s'opposent les interventions radicales : l'hystérectomie subtotale ou totale.

L'hystérectomie subtotale semble un pis aller si l'on considère la tendance conservatrice générale de la gynécologie actuelle, et cependant on verra, parmi nos observations, certaines d'entre elles avoir comme sanction thérapeutique la subtotale. Cette opération, il faut bien le dire, n'est pas en réalité indiquée par la seule grossesse tubaire, mais par les lésions associées constatées à l'intervention pour une grossesse extra-utérine. Il est certain que chez la malade qui présente une grossesse tubaire avec une lésion utérine manifeste, des lésions évolutives des annexes du côté opposé, il vaut mieux préférer l'hystérectomie. La préconiserons-nous totale ou subtotale ? Il s'agit de cas d'espèce, de tendance personnelle de chaque chirurgien. En réalité, en présence d'une malade shockée par son hémorragie, jeune encore, il vaut mieux préférer la subtotale à la totale. Et celle-ci n'est indiquée que dans les cas où un drainage

efficace doit être assuré — c'est-à-dire après la suppuration d'une hématocele enkystée.

Enfin, la possibilité de grossesse tubaire et de fibrome concomitant n'est pas exceptionnelle. M. le P^r Tixier a rapporté à la Société de Chirurgie de Lyon l'observation et la pièce enlevée chez une malade qui présentait avec un gros fibrome utérin une grossesse gémellaire développée dans une trompe.

Il s'agissait d'une malade qui posait un délicat problème de diagnostic. L'examen clinique et les réactions de laboratoire affirmaient une grossesse et le toucher utérin en imposait pour un fibrome.

Voici d'ailleurs cette observation :

Mme Bruy... (Ste-Anne, 1931, tome I, p. 166) entre dans le service de M. le Professeur Tixier le 26 avril 1931. Agée de 43 ans, elle a eu un enfant mort de méningite et une fausse couche de 2 mois. Elle est habituellement bien réglée quand, le 9 avril, elle accouche, au milieu de douleurs abdominales très violentes, d'une espèce de membrane offrant la résistance d'une feuille de papier à cigarettes. Ces douleurs persistent et s'accompagnent d'oligurie et de besoins impérieux d'aller à la selle. A son entrée à l'hôpital, la température est à 38° et le pouls à 120, et l'examen met en présence de la difficulté de diagnostic, citée plus haut. On se décide à intervenir le 27 avril 1931. Après une grande laparotomie médiane sous-ombilicale, on tombe sur une masse de caillots et de sang, située entre les anses intestinales. On en recherche l'origine. Le fibrome, gros, mou, violacé, est enclavé dans le Douglas et remonte



Mme Bruy... (Ste-Anne, tome I, page 166).
Fibrome avec grossesse tubaire gémellaire.

jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. Les annexes gauches sont saines, mais à droite, on trouve une trompe grosse comme une aubergine, distendue par du sang et noyée dans une grosse hématocele. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine rompue. On a la surprise de découvrir un placenta et deux fœtus. Après la toilette des caillots, on pratique une hystérectomie. On fait une péritonisation basse et on ferme. Le 30 avril, la température est à 39,4 et la malade a fait ses gaz. Le 1^{er} mai, la malade est dyspnéique, le pouls est à 130, le ventre est ballonné, et elle succombe, sans doute, à la suite d'une septicémie péritonéale.

On conçoit que, dans des cas semblables, l'hystérectomie subtotalé ou totale ne puisse être discutée. Mais on est étonné de voir certains chirurgiens allemands et dernièrement encore, à la Société de Chirurgie de Marseille (février 1929), certains gynécologues, faire de l'hystérectomie une méthode thérapeutique à préconiser dans le traitement de la grossesse tubaire. Nous pensons qu'aujourd'hui — et nous le répétons ici — il ne peut y avoir de discussion. L'hystérectomie totale ou subtotalé est un traitement trop mutilant et inutile dans la thérapeutique de la grossesse tubaire. C'est un pis aller, disons-le encore, qu'excusent les lésions associées, l'impossibilité d'obtenir une bonne hémostase, et non une règle thérapeutique à laquelle on veut astreindre le chirurgien.

C'est d'ailleurs, en se basant sur la possibilité fréquente de récidence que les auteurs précités ont envisagé cette solution. Mais outre que la récidence est rare rela-

tivement (nous le montrerons par la suite), elle ne suffit pas à excuser une mutilation aussi grave qu'une hystérectomie chez une femme jeune et en pleine puissance génitale.

Ainsi, les méthodes de traitement vont du simple au composé. A l'expectative pure, qui est justifiée jusqu'à un certain moment et dans des conditions particulières de temps préopératoire, peut s'opposer l'opération radicale qu'est l'hystérectomie, certainement rarement indiquée. Entre ces deux extrêmes, se comptent les opérations conservatrices dont il importe de préciser les indications et les résultats à la lumière de faits personnels recueillis dans le service de notre maître, M. le Prof. Tixier.

Mais auparavant, deux points nous paraissent dignes d'attirer l'attention. Quelle incision pratiquer ? Et l'opération terminée, surtout lorsqu'il s'agit d'inondation péritonéale, quelle conduite tenir en présence du sang épanché ?

La discussion de l'incision à choisir reste toujours pendante. A ceux qui vantent la rapidité de la laparotomie médiane répondent les partisans du Pfannenstiël, invoquant sa parfaite cicatrice ultérieure. Il est certain que la laparotomie médiane est seule indiquée lorsqu'il s'agit d'inondation péritonéale. Il faut aller vite, aller saisir dans le fond du pelvis l'utérus et appendues à lui les deux trompes dont une au moins saigne. La laparotomie sous-ombilicale remplit ce but. Donne-t-elle de mauvaises cicatrices ? Plus que le Pfannenstiël, mais on verra à la lumière des résultats que chez des femmes jeunes, cette incision sans drainage, même refermée en

un plan au fil métallique ne donne pas de trop mauvais résultats et que, somme toute, l'éventration est assez rare. Il n'en est pas moins vrai que le Pfannenstiel, chaque fois que les conditions d'urgence ne le contre-indiquent pas, demeure une incision remarquable, non seulement par le jour qu'elle procure, mais par la qualité des parois qu'elle assure.

C'est de plus une incision esthétique et chez une jeune femme, ce point ne saurait être négligé, pas plus que la solidité de la cicatrice au cours d'ultérieures grossesses, mais cette fois normales. Nous en verrons les avantages quand nous étudierons les résultats.

Le deuxième point important est la conduite à tenir en présence du sang contenu dans la cavité abdominale. En évitant de basculer la malade en position de Trendelenburg, on pare à l'inconvénient — souvent grave — de voir le sang s'accumuler sous le diaphragme. Mais faut-il, quand l'hémostase est assurée, éponger ce sang, l'aspirer et, comme certains l'ont prétendu, drainer d'une mèche isolée ou d'un drain habillé de gaze la cavité abdominale ? Nous ne le pensons pas. Très rarement — on le verra à la lecture de nos observations — nous avons été obligés de mécher ou de drainer. Nous estimons que ce drainage, loin d'être utile, peut être dangereux. Le plus souvent, M. le Prof. Tixier se contente d'enlever rapidement les gros caillots qui se présentent et laisse — suivant le principe de Pollosson — le sang de la cavité abdominale réaliser « une autotransfusion ». Peut-être ce sang est-il à l'origine du ballonnement et de la température présentés par certaines malades dans les 48 heures après l'intervention ?

Quoi qu'il en soit, cette méthode nous a donné toujours de bons résultats et nous n'avons jamais constaté de complications septiques au niveau de ce véritable bouillon de culture, représenté par ce sang au contact des anses intestinales.

CHAPITRE II

Les indications opératoires

Elles se posent dans deux ordres de cas bien différents et suivant la forme clinique même de la grossesse extra-utérine.

Un principe cependant commande toutes les indications de l'intervention dans les 5 premiers mois de la grossesse tubaire : toute grossesse tubaire diagnostiquée, quelle que soit sa forme, doit être surveillée de près et opérée tôt ou tard.

Il est inutile d'essayer d'obtenir une évolution heureuse de cette gravidité ectopique et d'exposer la malade à des accidents d'autant plus graves que la grossesse est plus avancée en âge.

Mais l'intervention d'urgence ne se pose vraiment qu'en présence de la forme inondation péritonéale, soit que celle-ci se fasse d'emblée et comme premier symptôme, soit qu'elle ne soit que l'aboutissant d'une série

d'ictus à répétition amenant à l'anémie aiguë. L'histoire clinique de la malade, la notion accident aigu, associés à un état syncopal chez une malade suspecte de gravité, — l'aspect même du faciès, — le pouls petit, filant, dépressible, — les renseignements fournis par le toucher, poussent à l'intervention. La malade saigne. Il ne faut pas compter sur l'hémostase spontanée et après avoir réchauffé la malade, avoir pratiqué une transfusion, la laparotomie est de rigueur.

Seule, la laparotomie médiane, rapide et simple, permet en peu de temps, avec un minimum d'anesthésie, d'aller saisir l'utérus, de cueillir la trompe gravidé et rompue, de pincer son pédicule et d'arrêter l'hémorragie. L'opération rapidement pratiquée, sans bouger la malade, sans la basculer en Trendlenburg, ne nécessite aucun drainage. Le sang reste dans la cavité abdominale pour se résorber peu à peu. Des transfusions post-opératoires ou pendant l'intervention aident à lutter contre le shock hémorragique.

Les soins post-opératoires sont généralement simples. La malade récupère rapidement ses globules perdus. Pendant quatre à cinq jours, elle conserve un ballonnement abdominal et un peu de température, mais rapidement les signes s'amendent et la guérison est assurée en 10 à 15 jours. Nos résultats le prouvent.

Il nous paraît inutile — sinon grave — de proposer, comme Chosson l'a fait, l'hystérectomie totale pour assurer un drainage efficace et supprimer toute possibilité de récurrence. Même chez une femme avancée en âge, la conservation de l'utérus s'impose. L'hystérectomie demeure contre-indiquée dans une telle forme.

Mais à côté de ces cas d'urgence, qui imposent l'intervention immédiate, les autres formes permettent la temporisation sous surveillance armée. Quoiqu'il n'y ait aucun intérêt à attendre, il est des cas cependant où sans danger on peut retarder l'opération pour préciser un diagnostic ou remonter temporairement un état trop précaire. Mais on ne saurait ici encore rien attendre d'une trop longue inertie. Comme le répète M. le Prof. Tixier, on ne doit pas ici surtout se contenter, en présence de telle malade, du trop facile « on verra bien ». On ne voit jamais rien de bien, dit notre Maître, et ceci s'applique en particulier aux grossesses extra-utérines.

Le Pfannenstiel* demeure l'incision idéale dans ces cas où l'urgence n'est pas trop grande. Ici encore, on doit éviter de basculer la malade et, après s'être rendu compte de la forme de grossesse tubaire à laquelle on a affaire, explorer le côté opposé et se montrer chaque fois qu'on le peut extrêmement conservateur.

Dans la forme ictus à répétition, avec trompe éclatée, sang dans le ventre décelé par le « péritoine endeuillé », avec souvent des adhérences épiploïques limitant une hématocele pré ou rétro-utérine, l'intervention se limite souvent à la résection tubaire isolée ou tubo-ovarienne, chaque fois que les lésions ovariennes sont trop avancées.

La question à discuter est celle du drainage souvent nécessaire lorsqu'on a évacué le contenu de l'hématocele. Il persiste parfois une paroi lardacée hémorragique d'une poche qui peut saigner dans les jours qui suivent. Certains auteurs laissent une mèche au contact

de la paroi. D'autres — et c'est la majorité — préfèrent fermer, quitte à colpotomiser en cas de collection.

Dans la forme salpingite aiguë, la salpingectomie s'impose, économique au plus haut point, après vérification du côté opposé. Chaque fois qu'elle est possible, on doit la limiter à une portion tubaire.

Il est tout à fait inutile le plus souvent de faire une salpingostomie.

La forme fausse-couche ou hydrosalpinx sans fissuration aucune, peut imposer la salpingectomie. Mais, dans tous les cas, il faut toujours être conservateur le plus possible et il vaut encore mieux ne conserver que l'utérus que de faire une hystérectomie totale.

Telle est la règle de conduite qui ressort de l'étude du traitement de la grossesse extra-utérine.

CHAPITRE III

Résultats opératoires

Il importe tout d'abord de préciser comment nous envisageons cette étude et sur quoi nous pouvons la baser.

Il nous a été permis de retrouver dans les registres de M. le Professeur Tixier 105 observations de grossesses extra-utérines opérées. Il ne s'agit point là de la statistique intégrale de M. le Professeur Tixier, mais seulement des cas relevés dans les registres de sa Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Sur ces 105 observations, repose l'étude des résultats immédiats.

Pour les résultats éloignés, 48 observations seulement sont utilisables. Ce sont les 48 malades qui ont bien voulu répondre au questionnaire posé par nous ou qui sont venues se soumettre à notre examen.

1^o Résultats immédiats

Dans ce chapitre, nous avons cherché à indiquer les résultats opératoires immédiats. Ceux-ci se fondent sur l'étude des 105 observations qui nous ont servi à élaborer ce travail.

Nous envisageons successivement :

- les voies d'abord (ponctions du Douglas, colpotomies, laparotomies médianes ou transversales).
- la discussion, pour en démontrer la valeur, de la chirurgie conservatrice.
- les opérations complémentaires (salpingostomies, appendicectomies).
- les suites opératoires.
- enfin, la mortalité.

Une première notion ressort très nettement du dépouillement de ces 105 observations : c'est la rareté de l'utilisation de la voie d'abord vaginale. La voie abdominale reste presque la seule employée. Et cependant, nous retrouvons *quatre colpotomies primitives*.

Il est regrettable que ces malades aient été perdues de vue, car, à vrai dire, si hostile que l'on puisse être à une intervention théoriquement aussi peu satisfaisante pour l'esprit, il n'en reste pas moins qu'elle représente en fait une des plus hautes expressions de la chirurgie conservatrice. Or, comme nous aurons à le soutenir, la conservation à outrance, sauf dans des cas bien par-

ticuliers et rares, reste le but à atteindre dans la chirurgie des grossesses extra-utérines. La colpotomie, en effet, évacue seulement l'épanchement de sang. Elle réalise un simple drainage. Elle ne touche en rien l'arbre génital. En réalité, elle le pourrait, mais dans nos observations, nous n'avons pas trouvé d'ablation tubaire ou ovarienne par voie vaginale.

La rareté des indications de la colpotomie relève en général de la mauvaise interprétation de l'origine et de la nature de la collection enkystée dans le Douglas.

La colpotomie est rejetée parce que les suites opératoires en peuvent être compliquées, parce que la guérison est le plus souvent longue à obtenir et parce qu'elle reste malgré tout une intervention aveugle.

Voici néanmoins les lignes générales des quatre observations où le chirurgien a été conduit à l'employer. Trois fois, il s'est agi de jeunes femmes ayant présenté un léger retard de règles, disaient-elles, et venant à l'hôpital avec de la température (38,5-39) et une collection très douloureuse dans le Douglas.

La colpotomie, deux fois ramène du sang et de gros caillots noirs et mal odorants ; une fois même, elle ramène du sang et du pus.

Il semble donc que devant de volumineuses collections du Douglas, survenant chez des femmes ayant présenté un très léger retard de règles, devant un utérus qui, ainsi qu'il en va dans ces cas, est un peu gros, lourd, avec un col mou, le diagnostic est plutôt celui de grossesse normale avec des tentatives d'avortement.

En effet, ces femmes se croient enceintes et recourent fréquemment à des manœuvres abortives.

La collection dans le Douglas qui bombe incite à la colpotomie, mais, encore une fois, celle-ci n'a pas été dirigée contre une grossesse tubaire diagnostiquée.

Notre quatrième observation a trait à une femme de 33 ans, traitée médicalement à deux reprises (1926 et 1927), à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Anne, pour des poussées annexielles bilatérales. En 1931, elle vient pour une nouvelle poussée abdominale très douloureuse avec température à 39°. Un toucher perçoit un utérus lourd en rétroposition et une grosse collection dans le Douglas, tendant à décoller la cloison recto-vaginale et à s'ouvrir dans le rectum. La muqueuse vaginale est adhérente. Une colpotomie évacue une hématoécèle en voie de suppuration.

Il s'agissait en somme, dans les 3 premiers cas, de femmes chez lesquelles on pensait à une collection de pelvi-péritonite à la suite de tentatives abortives sur grossesse normale; dans le dernier cas, d'une volumineuse collection sur le point de s'ouvrir spontanément chez une femme déjà traitée depuis des années pour des accidents annexiels.

En fait, ces quatre malades, après une hospitalisation de 2 à 3 mois en moyenne, ont parfaitement guéri et ont quitté le service dans un bon état.

Malheureusement, il n'a pas été permis de les retrouver.

Cette voie vaginale présente donc en somme, dans des cas bien définis des avantages incontestables. Il est bien certain qu'elle a été, avant l'ère de l'asepsie, l'aboutissant presque constant, de la thérapeutique chirurgicale appliquée à la grossesse extra-utérine.

Actuellement, elle ne répond plus et à juste titre, aux exigences.

En effet, ses suites ne se montrent pas toujours simples. Des accidents graves, infectieux, peuvent survenir, se diffuser et entraîner la mort. Par ailleurs, la guérison est souvent longue à obtenir (suppurations prolongées, réinterventions nécessaires, etc...). Elle semble devoir se faire aux dépens de troubles persistants du côté de l'arbre génital (rétroversion, adhérences, stérilité).

Notre observation I, est une preuve manifeste des inconvénients qu'aurait présenté une colpotomie qui, en réalité, aurait été aussi défendable que dans les 4 observations auxquelles nous venons de faire allusion.

M. le Professeur Tixier a conseillé dans les cas où un doute existe de recourir à la *ponction du Douglas*, véritable colpotomie exploratrice, si l'on peut dire.

Dans notre observation I, grâce à cette ponction et au sang noir fluide qu'elle a ramené, le diagnostic de grossesse extra-utérine a pu être affirmé.

Une intervention par voie abdominale a conduit dans ce cas à extraire, au milieu de caillots très fétides, un fœtus libre, à faire une salpingectomie partielle à droite, siège de la grossesse tubaire et une salpingectomie gauche pour pyosalpinx, cause très probable de l'infection de l'hématocèle.

Il est juste de penser qu'une colpotomie primitive aurait dans ce cas présenté de multiples inconvénients.

Il semble donc bien que l'on puisse considérer la colpotomie que comme un pis aller dont les indications ne relèvent en réalité que des difficultés d'un diagnostic étiologique exact.

Elle garde néanmoins une valeur indéniable dans les cas d'hématocèle suppurée enkystée, ayant son origine dans une grossesse extra-utérine et son étiologie, en général, soit dans des manœuvres abortives, soit dans des lésions annexielles inflammatoires anciennes ou concomitantes.

Nous insistons donc sur l'intérêt de la *ponction du Douglas*, qui, dans certains cas, précisera le diagnostic et incitera le chirurgien à intervenir par la voie abdominale. Il est sûr, en effet, que la laparotomie, donnant un jour plus large et une vue plus exacte des lésions, est mieux à même de satisfaire pleinement son esprit.

Mais cette *laparotomie* sera-t-elle faite longitudinalement ou transversalement ? Cette question est tranchée, en général, par l'urgence de l'intervention, car s'il est évident que le Pfannenstiel donne une cicatrice à la fois plus solide et plus esthétique que la laparotomie médiane, il n'en reste pas moins vrai que cette incision allonge notablement le temps opératoire — et, c'est là, une question primordiale à envisager lorsqu'on se trouve en présence de femmes exsangues et déjà très shockées. Aussi, la laparotomie médiane sous-ombilicale reste-t-elle l'apanage des formes de grossesse tubaire à inondation péritonéale cataclysmique qui nécessitent une intervention immédiate de courte durée. Cette constatation explique que notre statistique comporte 45 Pfannenstiel et seulement 42 laparotomies médianes sous-ombilicales. Dans les premières, il s'agissait de malades pouvant faire sans risques les frais d'une opération plus longue. Il est logique que le chirurgien, non influencé par le facteur urgence, ait alors préféré le

Pfannenstiel à la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Pour être impartial, nous signalerons que nous avons trouvé une incision de Jalaguier faite dans un cas (observation XXI) d'erreur de diagnostic, alors qu'on pensait à une appendicite pelvienne.

Nous regrettons de ne pas connaître la nature de l'incision dans 13 de nos observations.

Notre statistique démontre aussi la supériorité de la chirurgie conservatrice. En effet, si nous ne trouvons qu'un seul avortement tubaire thérapeutique, — opération conservatrice idéale, — il a été fait, outre 4 colpotomies, 60 salpingectomies contre 29 ovario-salpingectomies, 4 salpingectomies bilatérales et 7 hystérectomies. — Ces chiffres imposent comme thérapeutique de choix de la grossesse tubaire, une des interventions la moins mutilante, *la salpingectomie unilatérale*.

Nous voulons simplement ajouter quelques mots, d'une part sur notre unique cas d'avortement tubaire thérapeutique, dont la réalisation est malheureusement rarement possible — et, d'autre part, sur les indications des sept hystérectomies.

Il faut, en effet, signaler quelles sont les indications très particulières qui nous ont conduit à pratiquer ces véritables mutilations totales ou sub-totales, puisque nous sommes, malgré tout et le plus souvent possible, partisans convaincus des opérations conservatrices.

L'avortement thérapeutique a été pratiqué chez une femme de 37 ans, ayant présenté une semaine avant l'opération, un ictus abdominal. Le 12 mai 1927, M. le Professeur Tixier, après Pfannenstiel, découvre une

grossesse tubaire ampullaire avec écoulement sanglant par le pavillon. Par expression, il fait tomber dans sa main, l'œuf complet ; le pavillon reste ouvert et ne saigne pas. C'est l'opération conservatrice typique et idéale. Dans les suites immédiates, la malade a été revue en parfait état et ses règles étaient revenues 40 jours après l'accouchement opératoire.

Pour les 7 hystérectomies, les raisons qui ont poussé à ces interventions sont les suivantes : 4 fois, il s'agissait de femmes présentant de la température et des lésions salpingiennes bilatérales ; 1 fois, de difficultés dans l'hémostase.

Le protocole opératoire dans ce cas signale, en effet, de grosses difficultés à cliver une poche d'hématocèle, limitée par le sigmoïde et des anses grêles. Dans cette poche, on a trouvé un fœtus de 4 mois et demi environ. Comme l'espace laissé libre par l'ablation de cette tumeur sanglante est très considérable, que les adhérences anciennes font que cela saigne et qu'il serait impossible de réaliser une péritonisation basse, on a pratiqué une hystérectomie totale.

Les deux dernières hystérectomies ont été pratiquées pour des grossesses extra-utérines coïncidant avec des fibromes. Dans un cas, il s'agissait, en effet, d'un utérus volumineux, bourré de noyaux fibromateux, chez une femme de 40 ans, ayant 4 enfants vivants. Dans l'autre cas, il s'agissait également d'un utérus fibromateux avec grossesse tubaire gémellaire concomitante. C'est l'observation dont nous reproduisons la photographie de la pièce et dont les détails sont fournis dans notre premier chapitre. Nous n'insistons pas.

L'étude de notre statistique montre aussi la plus grande fréquence à droite des grossesses extra-utérines. Le tableau suivant rappelant les chiffres précités permet d'avoir une vue d'ensemble sur les diverses opérations pratiquées :

Interventions pratiquées	105
Colpotomies primitives	4
Avortement tubaire thérapeutique	1
Salpingectomies droites	33
Salpingectomies gauches	27
Salpingectomies bilatérales	4
Ovario-salpingectomies droites	18
Ovario-salpingectomies gauches	11
Hystérectomies	7

Nous avons à envisager les opérations complémentaires, pratiquées au cours de ces différentes interventions.

Nous voulons parler, d'une part, des *salpingostomies* sur la trompe opposée à celle qui porte la grossesse tubaire. C'est là, encore, une conséquence de notre tendance conservatrice. D'autre part, des *appendicectomies*, qui ont été, comme nous allons le voir, assez rarement pratiquées.

Il a été fait 5 fois des salpingostomies. On en retrouve 4 cas dans les observations que nous citons à la fin de notre travail (observations II, XX, XXVI, XXVIII) ; le 5^e cas n'a pu être retrouvé. Sur ces 4 cas suivis, trois ont eu des résultats éloignés favorables, mais l'une de ces malades (obs. XXVI) a eu au contraire des complications très sérieuses.

Opérée le 22 octobre 1917, on a pratiqué dans un premier temps, une ovario-salpingectomie droite et une salpingostomie gauche, sur une grosse trompe fermée qui paraissait être un hydro-salpinx. Or, le 23 mars 1929, on doit réintervenir et faire une salpingectomie pour pyosalpinx gauche. Enfin, le 12 décembre 1930, une troisième intervention s'impose pour une occlusion intestinale, qui relève d'un volvulus du grêle. Les suites opératoires sont simples, mais il faut convenir que cette malade a dû subir successivement trois interventions, et cette constatation donne à réfléchir sur l'opportunité des indications de la salpingostomie.

Une autre opération complémentaire, tout à fait indépendante de la grossesse extra-utérine, a été parfois indiquée ; c'est *l'appendicectomie*. Dans nos 105 observations, nous n'en relevons que 3 cas. L'observation XLVIII est un bon exemple d'une raison capable de dicter cette conduite : une adhérence reliait trompe et appendice. Par ailleurs, cette question de la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine a été traitée dans son détail dans la thèse de Pellet, inspirée par M. le Professeur Tixier (Thèse de Lyon, 1908).

De plus, l'étude de nos 105 observations met en lumière les suites opératoires immédiates. Ces suites, d'ailleurs, il faut en convenir, sont, le plus souvent, très simples et la malade se remet vite de son shock hémorragique et reprend rapidement son teint habituel.

On se doit pourtant de signaler, dans les 4 à 5 premiers jours qui suivent l'opération, l'apparition d'une élévation de température à 38°-39°, avec accélération du pouls à 120-140 et ballonnement du ventre. Ce sont

là, des phénomènes que l'on retrouve dans la plupart de nos observations. Peut-être, sont-ils dus au sang laissé dans le ventre ? En tous cas, ils s'amendent rapidement et disparaissent très vite, ne mettant pas la vie de la malade en danger.

Le pourcentage de la mortalité est très restreint. Nous ne trouvons, en effet, que 5 cas de décès. Cette proportion est sujette à de nombreuses erreurs. En effet, d'une part, il est des malades opérées à l'Infirmierie de Porte qui y sont mortes, car celles qui ont été transportées dans le service par la suite avaient toujours franchi le mauvais cap des premiers jours et étaient en bonne voie de guérison ; d'autre part, dans ces cinq cas, nous n'envisageons pas les morts plus tardives qui, indirectement, relèvent d'une grossesse tubaire opérée. Un exemple en est fourni par l'observation XXVII. Une malade de 29 ans est opérée le 1^{er} novembre 1929 et l'on pratique une ovario-salpingectomie gauche et une ablation de la trompe droite. Le 29 novembre 1929, colpotomie pour une collection suppurée. Le 5 mai 1930, on intervient pour une occlusion intestinale par volvulus du grêle. Celui-ci était adhérent à l'ancien foyer d'hématocèle pelvienne. Cette dernière intervention entraîne la mort.

Nous voyons donc que ce pourcentage de mortalité est sujet à discussion. En réalité, on a l'impression que la mortalité est plus élevée, comme le prouvent les faits. Nous voulons seulement, sans insister sur la valeur des chiffres, tirer quelques conclusions des causes des décès.

Les 5 cas de mort ont été causés 3 fois par une septicémie péritonéale (2 fois après hystérectomie, 1 fois

après salpingectomie bilatérale). Il s'agissait donc en somme chaque fois d'une grossesse extra-utérine avec des lésions salpingiennes inflammatoires concomitantes.

Le 4^e cas de mort est survenu par syncope en cours d'anesthésie. On a pratiqué une trachéotomie, mais la malade est morte sur la table.

Enfin, une malade, ayant subi une salpingectomie droite, est morte dans la soirée avec un syndrome d'hémorragie interne, qu'une transfusion n'est pas arrivée à combattre. Il semble bien dans ce cas, qu'il s'est agi probablement d'une hémostase incomplète.

Il faut convenir, en effet, que la salpingectomie, opération conservatrice très souhaitable, a contre elle, le plus souvent, une hémostase beaucoup plus délicate à réaliser qu'une salpingo-ovariectomie. Ceci est d'autant plus vrai que l'on est en présence de tissus particulièrement friables et l'on a bien l'impression que, si la salpingectomie n'a pas donné toute satisfaction dans son hémostase, il est infiniment préférable de faire le sacrifice total des annexes du côté malade et de terminer par une ovario-salpingectomie.

M. Pollosson nous signalait à ce propos deux cas de mort qu'il a observés dans les diverses grossesses tubaires opérées par lui. On en peut, semble-t-il, tirer des conclusions.

Dans le 1^{er} cas, il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans, mariée depuis peu, qui a été amenée à l'Infirmerie de Porte pour une hémorragie interne cataclysmique dans un état d'anémie très grave. L'opération, conduite sous anesthésie générale à l'éther, a pu être menée d'une façon idéale, très rapidement et sans inci-

dent. Elle s'est limitée à une salpingectomie gauche. Au moment où l'on refermait la paroi, l'infirmier anesthésiste manifeste quelques appréhensions sur son anesthésie. Il avait, en effet, laissé sous l'appareil d'Ombredanne, la malade se réveiller. Celle-ci eut à ce moment un énorme vomissement d'eau. Mal surveillée, elle présenta des accidents asphyxiques et mourut sur la table comme une véritable noyée, malgré toutes les manœuvres faites pour la ranimer.

On a appris par la suite, que cette malade, saignée à blanc, dans les heures précédant son hospitalisation, avait bu une quantité considérable d'eau.

Cette mort se rapproche, en somme, de celles qu'on observe parfois au cours des vomissements qui accompagnent le réveil de certains opérés pour étranglement intestinal ou pour sténose pylorique.

Cette observation peut être rapprochée de l'autre observation, signalée plus haut, par syncope au cours d'une anesthésie.

Elle inciterait à interroger, avant l'intervention, les malades, sur ce point particulier, en leur demandant si elles ont, pour combattre la soif qui accompagne l'hémorragie, absorbée de grandes quantités de liquide. Elle inciterait, si la réponse est positive, à pratiquer avant l'opération un lavage d'estomac de manière à éviter cet accident, si banal en soi mais mortel, contre lequel on est pratiquement désarmé.

La seconde observation a trait à une malade qui a été opérée à l'âge de 40 ans par M. le Docteur Philippe Rochet pour une grossesse tubaire. L'intervention s'est limitée à une ovario-salpingectomie gauche. Trois ans

après, cette malade a été amenée à l'Infirmierie de Porte dans un état d'hémorragie interne excessivement grave. Le Docteur Pollosson fut obligé de pratiquer une salpingo-ovariectomie droite pour une grossesse extra-utérine itérative. L'intervention fut assez difficile, étant donné qu'il s'agissait d'une femme grasse, très shockée par une hémorragie interne excessivement abondante. Elle se termine par une syncope au moment où la malade est reconduite dans son lit. Il y a là, semble-t-il, un argument qui s'oppose à notre sens à la chirurgie conservatrice dans certaines grossesses tubaires.

En effet, lorsque cette femme, qui avait déjà 3 enfants vivants, a été opérée à 40 ans pour une grossesse extra-utérine, il apparaît qu'il aurait infiniment mieux valu faire une salpingectomie bilatérale avec enfouissement des moignons, de manière à la stériliser définitivement. Elle aurait ainsi évité la seconde grossesse tubaire dont elle est morte 3 ans après.

Ce n'est point là une critique à la première opération, mais il faut d'un fait semblable tirer la conclusion pratique.

Chez une femme, approchant de la quarantaine ou l'ayant dépassé, surtout lorsqu'elle a déjà des enfants, s'il survient une grossesse extra-utérine, il y a une contre-indication formelle à réaliser une opération conservatrice et une indication formelle à faire une salpingectomie bilatérale avec enfouissement des moignons tubaires, de manière à conserver la menstruation et à assurer une stérilisation qui mettra à l'abri d'une grossesse extra-utérine itérative.

Là, se terminent les constatations de résultats immé-

diats que nous avons pu faire au cours de l'étude de nos 105 observations.

2^o Résultats éloignés

Ce chapitre est établi grâce aux renseignements fournis par celles de nos anciennes opérées de grossesses extra-utérines que nous avons revues ou qui ont répondu au questionnaire que nous leur avons envoyé. Leur nombre s'élève à 48 seulement et nous le regrettons. Nous publions leurs observations à la fin de notre travail.

A la lecture de ces observations, il ressort nettement que la plupart de nos malades ont une très bonne cicatrice et bien peu ont dû subir les ennuis d'une nouvelle intervention pour remédier à la gêne d'une éventration. Nous ne relevons que 4 cas de ce genre (observations IV, V, VI, VII). Dans deux cas (obs. IV et V), ne s'agit-il encore que de très petites éventrations. Sur ces 4 cas, 3 ont été réopérés et ont eu d'excellents résultats. D'autre part, un de ces cas a succédé à la mise en place d'un sac de Mickulicz (observation VI).

A propos de ces éventrations, il est intéressant de constater qu'elles ont toutes succédé à des laparotomies médianes sous-ombilicales. Or nous avons pratiqué 20 laparotomies médianes sous-ombilicales et 28 Pfannenstiell. Le dépouillement de ces 48 observations montre qu'il s'est agi 20 fois d'hémorragie cataclysmique et 28 fois de petits ictus abdominaux.

Quoi qu'il en soit, il est sûr que la laparotomie, qu'elle soit médiane ou transversale, assure une bonne paroi permettant à la malade de vaquer à ses occupations habituelles et de supporter sans peine des grossesses ultérieures, comme nous le verrons plus loin.

Cette intervention, qui, par son incision, n'abaisse en rien la puissance de la sangle abdominale, ne produit non plus aucune perturbation dans l'état général et bon nombre de nos malades ont repris leurs travaux, quelquefois pénibles, dès après leur sortie de l'hôpital. Tout au plus, quatre d'entre elles (observ. V, XXII, XXIII, XXIV) prétendent-elles avoir beaucoup engraisé. Pourtant, *toutes ont des règles normales* et si, par hasard, ces règles sont peu abondantes (observation XXIV), faut-il voir là seulement, la cause de leur obésité croissante, et n'est-il pas légitime d'expliquer cette augmentation de poids par d'autres processus et notamment par une association de troubles endocriniens.

En tous cas, nous avons pu relever des troubles de basedowisme certain chez deux de nos malades. Chez l'une (obs. XXV), on constate : nervosité, tremblement, palpitations, tachycardie, regard brillant; l'autre (observation XVIII) est une malade qui, ayant eu une grossesse extra-utérine itérative, présente une hypertrophie thyroïdienne avec augmentation du métabolisme basal de 9,5 %.

Ce sont là des troubles de peu d'importance. Mais n'en existent-ils pas de plus graves dans un autre ordre d'idée, et cette intervention portant sur des tissus particulièrement atteints par l'inflammation, ne peut-elle pas être à l'origine de désordres physiologiques impor-

tants, en favorisant notamment le développement d'adhérences ? Dans notre statistique, nous mentionnons un cas (observation XXVII), où une face du mésentère venant adhérer à l'ancien foyer de l'hématocèle a provoqué un syndrome d'occlusion intestinale. Un autre cas d'occlusion intestinale par adhérences est également cité dans les suites opératoires de l'observation XXVI. Le second cas a bien guéri, mais le premier s'est terminé par la mort.

Ces résultats éloignés prouvent largement que l'avenir de ces femmes n'est troublé en rien au point de vue vital. L'est-il au point de vue génital ?

Et d'abord, toutes ont conservé leurs règles qui ont réapparu de 3 semaines à 2 mois après l'opération. Ces règles sont régulières et indolores, la plupart du temps ; très rarement, elles sont moins abondantes qu'auparavant (observation XXIV).

Il est vrai que c'est un point vers lequel ont tendu les efforts au cours de toutes ces interventions où l'on a été le plus conservateur possible — comme c'est la règle en gynécologie — à telle enseigne que sur 105 interventions, il n'a été pratiqué que 7 hystérectomies.

Cette conduite a permis de conserver ses règles à une femme, grâce à l'ovaire que l'on avait eu la sagesse de respecter au cours d'une première intervention pour grossesse extra-utérine, car, à l'occasion de sa seconde grossesse extra-utérine, les lésions ont nécessité une castration unilatérale (observation XVII).

Cette observation nous amène à envisager la question des grossesses extra-utérines itératives. Sont-elles si fréquentes qu'on a bien voulu le dire ? Pour notre part,

nous n'en trouvons que 5 cas (observations XV, XVI, XVII, XVIII, XIX), et ce pourcentage est nettement insuffisant pour soutenir les partisans de l'hystérectomie. Seules des lésions associées, ou l'âge avancé des malades, peuvent permettre une telle mutilation. Or, en général, il s'agit de femmes jeunes en pleine activité génitale, auxquelles il importe par conséquent de garder indemnes autant que possible leurs fonctions procréatrices.

Cela est si vrai que notre statistique relève un plus grand nombre de grossesses normales que de grossesses extra-utérines itératives. Plusieurs même de nos malades eurent deux grossesses et nous avons ainsi à notre actif 9 grossesses normales à opposer aux 5 grossesses extra-utérines itératives (observation III, X, XI, XII, XIII, XIV). Toutes, hélas, n'ont pas abouti à des résultats heureux. L'une de nos anciennes opérées accouche à terme d'un enfant mort-né de 3500 gr. après forceps pour bassin rétréci (observation XI) ; mais elle a une seconde grossesse heureuse 4 ans après et accouche d'un enfant vivant dans le service du D^r Rhenter. Il semble intéressant de souligner que toutes ces grossesses normales ont succédé à une simple salpingectomie. On n'a qu'un cas d'ovario-salpingectomie. Cela prouve aussi que leurs organes génitaux internes étaient indemnes de toute lésion.

Et d'ailleurs, en élargissant ce point de vue, ne peut-on pas ranger dans ce paragraphe, le total des 7 fausses-couches que nous trouvons dans les observations de 4 de nos malades (observations III, XIV, XX, XXI). De toute façon, ce sont des grossesses où la nidation de

l'œuf a été normale et nous ignorons tout des causes qui ont arrêté leur développement. Sans doute, y a-t-il de ces fausses-couches qui ont été provoquées, car, s'il y a des femmes qui veulent des enfants, il y en a qui n'en veulent pas et qui en ont. Il est sûr que *la crainte* d'une nouvelle grossesse extra-utérine, s'ajoutant à d'autres raisons personnelles, pousse ces femmes à éviter la fécondation. L'une d'entre elles ne nous avoue-t-elle pas, en effet, ne pas vouloir de maternités (observation XXXII).

Pourtant, ces anciennes opérées peuvent mener une vie sexuelle normale, comme le prouvent leur examen général et le toucher gynécologique. L'injection intra-utérine de lipiodol permettrait de se rendre compte de leur perméabilité tubaire.

Il faut donc bien convenir que l'intervention qu'elles ont subie n'amène aucune déficience notable de leur arbre génital.

Aussi, le traitement conservateur s'impose-t-il dans tous les cas, ne serait-ce qu'en vue de la conservation des règles et parce que, tout de même, nous avons 9 cas de grossesses normales à opposer aux 5 cas de grossesses extra-utérines itératives.

L'étude de ces résultats nous assigne donc des règles de conduite :

- 1° L'intervention s'impose ;
- 2° La voie de choix est la voie abdominale.
- 3° L'opération doit être conservatrice au maximum.

4° Même en cas de lésions bilatérales, conserver l'utérus lorsque cela est possible, ainsi qu'un fragment d'ovaire.

5° L'hystérectomie n'est excusée que par de grosses lésions associées, ou par des difficultés de l'hémostase.

6° L'absence de drainage a été la règle.

7° Toutes nos malades conservent le même pouvoir sexuel et il faut rattacher en partie à leur état psychique et non à leur état anatomique, le fait du pourcentage peu élevé de leurs maternités ultérieures. Leur nombre est cependant nettement plus grand (18 %) que celui des grossesses extra-utérines itératives (10 %).

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Bibol..., 29 ans, Ste-Anne, 1928, Tome I, page 27.

Cette malade entre dans le service le 21 janvier 1928 avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Atteinte d'adénite tuberculeuse dans l'enfance, elle présente à l'heure actuelle une tuméfaction arrondie au niveau de l'hypogastre et, au toucher, le Douglas paraît infiltré par une masse étalée, un peu dure.

La malade est mise au traitement médical et on est surpris de constater une aggravation de son état au bout du 3^e jour. La température monte à 38 et le pouls est à 100-110 ; le teint est légèrement subictérique.

En discutant alors les causes d'erreur possible, on songe à la possibilité d'une hématocele et on en recherche les signes avec soin. En examinant les seins, on trouve, à droite, une aréole un peu étalée — pas de liquide à la pression du mamelon. Par contre, à gauche, il vient une goutte de colostrum.

D'autre part, en interrogeant la malade, on apprend que ses dernières règles, survenues le 25 décembre ont été peu abondantes et ont duré plus longtemps que de coutume, et que, depuis, elle eut quatre crises douloureuses abdominales avec vomissements. En outre, ses règles se sont continuées par un petit écoulement rose jusque pendant toute la première quinzaine de janvier.

Le Professeur Tixier, en face du diagnostic extrêmement difficile, décide de pratiquer une *ponction du Douglas*, qui ramène du sang noir fluide.

L'intervention est alors décidée, mais la malade présentant un très mauvais état général avec accélération du pouls, on décide d'attendre le lendemain.

Intervention le 26 janvier 1928.

Pfannenstiël. On éprouve une grande difficulté pour entrer dans le péritoine qui est œdémateux, jaune verdâtre, épaissi, adhérent au plan profond. On ouvre près de l'ombilic. Il ne vient pas de sang. Le doigt décollant alors avec prudence le péritoine par l'intérieur permet sa section très difficile. L'épiploon apparaît brunâtre, verdâtre, enflammé. Sous son bord inférieur filtre du sang noir. On le relève, et la main glissant dans l'énorme poche retire des *caillots*, un *fœtus libre* et ouvre la collection du Douglas formée de sang noir très fétide (odeur de clapier de lapins). On parvient à apercevoir vaguement l'utérus au milieu de tissus uniformément rouges, couverts de fausses membranes. On extrait une trompe droite du volume d'une petite aubergine. Son pédicule, très œdémateux, est lié avec soin (*salpingectomie partielle*). On remonte au-dessus du pédicule vers la région cœcale en vue d'explorer l'appendice, cause possible d'infection de l'hématocèle. On n'insiste pas, parce qu'on se trouve en péritoine libre qu'on pourrait infecter.

On explore alors la trompe gauche et on découvre un pyosalpinx de gros volume, d'où il sort un pus jaune, peu odorant, rappelant l'aspect d'un pus tuberculeux ; c'est la cause de l'infection de l'hématocèle. On pratique une *salpingectomie*

gauche et on achève rapidement par la mise en place d'un Mickulicz, plongeant dans le Douglas.

On reconstitue alors autour du Mickulicz les aponévroses et muscles du Pfannenstiel.

Le 13 mars 1928, la malade s'est améliorée.

Après ablation du Mickulicz, il s'est installé une suppuration qui s'est progressivement tarie.

Examinée ce jour, la malade présente encore dans le Douglas, une induration bosselée qui se résorbera sans doute spontanément. La paroi abdominale est parfaite et la malade rentre chez elle.

En avril 1933, on a des nouvelles de la malade, qui, depuis son opération, a toujours présenté un très bon état général. Ses règles ont apparu quatre mois après et ont toujours été régulières jusqu'à ces six derniers mois où elles ont disparu. Elle n'a eu ni grossesse ni fausse-couche. Sa cicatrice est bonne et n'est pas douloureuse.

OBSERVATION II

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Car..., 31 ans, Ste-Anne, 1928, tome II, page 163.

Rien dans les antécédents. Eut un enfant il y a 4 ans. Jamais de fausse-couche.

Les règles de juillet sont normales mais peu abondantes. Les règles suivantes n'apparaissent que vers le 14 septembre avec 15 jours de retard. D'abord normales, elles se continuent sous forme d'hémorragies chocolat et le 20 septembre la malade est prise d'une brusque et violente douleur abdominale à gauche, avec tendance syncopale et nausées, pour laquelle elle entre dans le service.

Au toucher, on perçoit une masse pâteuse, grosse comme le poing, remontant dans la fosse iliaque gauche.

Le 24 septembre 1928, intervention.

Pfannenstiël. Il s'agit d'une grossesse tubaire siégeant au niveau du 1/3 externe de la trompe gauche. *Salpingectomie gauche* de la moitié périphérique tubaire. La trompe droite se présente comme une grosse sangsue remplie de sang. On pratique une *salpingostomie droite*.

Fermeture totale.

La malade est revue en avril 1933. Ses règles ont réapparu un mois après son opération et sont normales depuis, tout en étant précédées de quelques douleurs à droite. Elle a une bonne cicatrice et ne se plaint d'aucun trouble.

OBSERVATION III

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Thib..., 27 ans, Ste-Anne, 1924, tome I, page 91.

Cette malade entre dans le service le 4 mars 1924.

Elle est mariée et a eu un enfant — réglée à 12 ans et régulièrement depuis.

Ses dernières règles normales apparaissent le 6 décembre 1923.

Le 26 janvier 1924, elle a des pertes rouges avec coliques et vomissements, et depuis cette date, elle continue à perdre.

Toucher : col mou, entr'ouvert ; rien dans les culs-de-sacs latéraux, mais dans le cul-de-sac postérieur, tuméfaction arrondie de la grosseur d'un petit œuf.

Pensant à une fausse-couche, on pratique, le 5 mars 1924, un curetage.

Le 11 mars 1924, la malade perdant à nouveau et ayant des douleurs expulsives avec persistance de la tuméfaction, on décide d'intervenir.

Le 11 mars 1924, intervention.

Pfannenstiël. A l'ouverture du ventre, il s'échappe un peu de sérosité noirâtre, intra-péritonéale. On aperçoit vite la trompe droite qui vient se coucher transversalement derrière le fond utérin, occupant tout le Douglas. Un petit caillot noi-

râtre est la signature de la perforation tubaire qui allait se produire. On pratique rapidement une *salpingectomie droite partielle*.

L'ovaire et la trompe gauche sont sains.

Fermeture de la paroi.

Le 5 mai 1924, réfection de la paroi sous anesthésie locale et la malade quitte le service 12 jours après.

En avril 1933, on a des nouvelles de la malade. Son état général est excellent et ses règles ont réapparu un mois après son opération. Sa cicatrice est bonne et elle eut une grossesse normale en 1927 et une fausse-couche en 1928.

OBSERVATION IV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Appol..., 36 ans, Ste-Anne, 1925, tome II, page 61.

Cette malade entre dans le service le 25 juin 1925.

Elle est mariée et a eu deux enfants et une fausse-couche de 15 jours, il y a 4 mois. Elle a été réglée à 15 ans et régulièrement depuis.

En ce moment, ses règles sont en retard de 15 jours et elle a présenté une violente crise abdominale, avec une température autour de 38 et un pouls à 150.

Le 29 juin, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est noir, endeuillé. A son ouverture, le sang vient à flots et inonde le sol. On saisit l'utérus par les ligaments ronds et on explore les annexes gauches qui sont saines. A droite, la corne utérine est le siège d'une petite tuméfaction du volume d'une noisette. C'est le siège de la perforation. Il s'agit d'une grossesse interstitielle et on pratique une résection de la corne et de la trompe utérines. On laisse du sang dans le péritoine.

Fermeture totale.

Le 20 juillet 1925, la malade va bien et la température est à la normale depuis 8 jours. Au toucher, le col reste entr'ouvert. Le Douglas est encore occupé par des caillots mous.

La malade sort le 22 juillet 1925.

Le 27 novembre 1926, la malade revient dans le service. Elle se porte très bien depuis son opération et il n'existe plus aucune infiltration du Douglas. L'utérus est mobilisable sans douleur. La malade est gênée pourtant par une *petite éventration*, parfois douloureuse, pour laquelle on intervient.

En avril 1933, on a de nouveau des nouvelles de cette ancienne opérée qui a toujours un excellent état général et qui a conservé des règles normales mais peu abondantes. Elle n'a eu ni grossesse ni fausse-couche.

OBSERVATION V

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Lef..., 34 ans, Ste-Anne, 1927, tome I, page 180.

Cette malade entre dans le service le 14 avril 1927.

Elle a été réglée à 13 ans et régulièrement depuis.

Ses dernières règles ont eu lieu fin février et n'ont pas apparu en mars.

Le 14 avril, elle est prise d'une vive douleur dans le bas-ventre avec tendance lipothymique, et elle entre à l'hôpital.

Le 14 avril 1927, *intervention*.

A. G. éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ablation de la trompe et de l'ovaire droit. Ablation des caillots.

Fermeture sans drainage — trois fils métalliques.

Les suites sont simples et la malade quitte le service le 3 mai.

Le 10 septembre 1927, la malade revient en excellent état général. Ses règles sont normales mais moins abondantes qu'auparavant. On note à la partie inférieure de sa cicatrice une petite éventration de 3 cm. de longueur. Elle a considérablement engraisé et on lui ordonne une cure d'amaigrisse-

ment. Elle reviendra ensuite se faire faire une cure radicale de son éventration.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette ancienne opérée qui présente toujours un très bon état général. Elle n'a eu ni grossesse ni fausse-couche.

OBSERVATION VI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Mat..., 34 ans, Ste-Anne, 1926, tome II, page 42.

Cette malade entre dans le service le 4 septembre 1926.

Elle est mariée et a eu une fausse-couche.

Ses règles sont régulières mais peu abondantes.

Elle présente depuis 2 mois des pertes brun chocolat, s'accompagnant de crises douloureuses abdominales et de syncopes.

Au toucher, le Douglas est comblé par une infiltration considérable remontant très haut dans la fosse iliaque gauche.

Le teint est pâle et la température oscille entre 38-39.

Le 7 septembre 1926, intervention.

A. G. éther. Incision médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une grossesse tubaire ampulaire rompue dans l'abdomen et donnant une inondation péritonéale considérable. *Ovario-salpingectomie gauche*. On ne trouve pas le fœtus.

Après l'ablation des nombreux caillots et la libération d'adhérences épiploïques, on se trouve en présence d'une surface saignant facilement, et par précaution, on place un Mickulicz dans le Douglas et à gauche.

Les suites ont été très troublées par l'apparition au 4^e jour d'un syndrome péritonéal grave : ballonnement considérable du ventre avec contracture généralisée. La température est à 40 et le pouls à 140. On note une légère amélioration au bout de 48 heures à la suite d'une émission spontanée de selles. La malade a présenté du muguet pendant quelques jours.

Au 16^e jour, ablation du sac de Mickulicz et la malade sort guérie le 22 octobre 1926.

Le 18 avril 1932, la malade revient avec une éventration manifeste au niveau de la cicatrice sur toute sa longueur et pour une hernie épiploïque déviée sur le bord droit du grand droit. Cette hernie glisse très loin sous la peau, jusque vers l'arcade de Falloppé.

Cure radicale et sortie le 18 mai 1932.

OBSERVATION VII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Laur..., 38 ans, Ste-Anne, 1924, tome I, page 11.

Cette malade a été opérée d'urgence à l'Infirmierie de Porte. Elle a été réglée à 15 ans et régulièrement depuis.

Elle est mariée et n'a eu ni enfant ni fausse-couche.

Ses dernières règles remontent au 25 septembre 1923, et il y a 3 semaines, elle ressentit de violentes douleurs abdominales s'accompagnant d'un état syncopal.

Au toucher, le cul-de-sac postérieur paraît rempli d'une masse mollassée.

Le 31 décembre 1923, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, il s'échappe une grande quantité de sang noirâtre coagulé. On trouve, au milieu des masses intestinales, un fœtus de 3 mois.

Ablation de la *trompe utérine gauche* rompue et de l'*ovaire*.

Fermeture totale.

Les suites sont mouvementées et le ventre ballonné fait penser à une occlusion duodénale post-opératoire. Les lavages d'estomac et la position ventrale n'ont aucun effet. La péristaltine donne une débacle intestinale à la suite de laquelle la malade s'améliore. On note une suppuration abondante de la paroi.

La malade sort le 26 février 1924.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette malade qui présente un bon état général depuis son opération. Ses règles sont normales mais elle n'a eu ni enfant ni fausse-couche. Elle ne présente aucun trouble, si ce n'est une éventration au niveau de sa cicatrice, pour laquelle on intervient en 1929.

OBSERVATION VIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Depiet..., 34 ans, Ste-Anne, 1929, tome I, page 227.

Malade admise d'urgence à l'Infirmière de Porte, le 20 mai 1929.

Rien dans les antécédents, si ce n'est du paludisme lors d'un séjour aux colonies.

Retard de règles de 18 jours et syncope la veille au soir.

Le 20 mai 1929, intervention.

A. G. éter. Laparotomie sous-ombilicale médiane. Il s'agit d'une rupture de grossesse tubaire gauche (la rupture est à la partie moyenne de la trompe). Ablation des 2/3 externes de la *trompe gauche*. Les annexes droites sont saines.

Fermeture totale.

Le 31 mai 1929, la malade a depuis 2 jours une température élevée à 40 avec un pouls rapide. Pourtant, on ne note aucune réaction péritonéale et au toucher on ne sent aucune collection. La malade incrimine son paludisme, mais malgré la quinine le même état persiste. Mais à la palpation, on sent de la rénitence le long des ligaments infundibulo-pelviens jusque dans la région rénale. Tous ces phénomènes paraissent dus à une phlébite pelvienne et on place des sangsues. En effet, le 4 juin, la température revient à la normale et la malade sort guérie le 5 juillet 1929.

Cette malade est revue *en mai 1933*, en bon état général.

Excellente cicatrice médiane. Au toucher, l'utérus est gros en latéro-position gauche. Les règles sont normales et la malade aurait voulu avoir des enfants.

OBSERVATION IX

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Ducl..., 26 ans, Ste-Anne, 1928, tome I, page 30.

A été réglée à 14 ans et l'est régulièrement depuis.

Mariée, a eu un enfant qui est en bonne santé et une fausse-couche.

Appendicectomie en avril 1927.

Ses dernières règles se sont terminées le 1^{er} janvier 1928, et sans cause apparente, le 9 janvier, apparition de pertes rouges, assez abondantes, continuelles, exagérées par la marche, calmées par le repos, avec sensation douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite.

Au toucher, col métritique (vérifié au spéculum), non mou ; corps de volume normal ; on ne sent pas les annexes.

A l'examen, le ventre est souple, légèrement douloureux au Mac Burney. Pas de collostrum au niveau des seins.

Le 31 janvier 1928, intervention.

Rachi-anesthésie excellente. Pfannenstiel.

Grossesse extra-utérine droite en voie d'avortement intrapéritonéal avec réaction épiploïque d'enkystement. *Salpingectomie partielle droite* avec conservation de l'ovaire et du moignon de la trompe. A noter une adhérence volumineuse épiploïque au niveau de l'appendicectomie.

Fermeture en trois plans, sans drainage.

Les suites opératoires sont simples. Pourtant, la malade a fait une suppuration des plans superficiels avec nécrose des aponévroses superficielles. Elle est renvoyée chez elle pour héliothérapie et part le 3 mars 1928.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette ancienne opérée. Son état général est médiocre. Ses règles ont réapparu un mois et demi après son opération. Elle n'a eu ni enfant ni fausse-couche. Elle a une bonne paroi.

OBSERVATION X

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Chaum..., 36 ans, Ste-Anne, 1928, tome I, page 74.

Malade amenée d'urgence à l'Infirmierie de Porte, le 9 février 1928.

Elle présente un syndrome d'inondation péritonéale grave avec pâleur extrême, telle que l'on prie sa sœur de rester en vue d'une transfusion possible.

Les dernières règles normales apparaissent le 20 décembre 1927. Elles manquent en janvier. Elles réapparaissent le 4 février, normalement d'abord, mais au 4^e jour, elles s'accompagnent d'une douleur abdominale extrêmement violente avec syncope.

Au toucher : col ramolli ; très grosse infiltration molle du Douglas.

Intervention immédiate, le 9 février 1928.

A. G. éther très prudente. Pfannenstiel. Il s'agit d'une inondation réelle, puisqu'on retire, indépendamment du sang qui s'écoule, un bassin réniforme plein de caillots. On est en présence d'une rupture de la portion ampullaire de la trompe, forme relativement rare. On pratique une *salpingectomie partielle droite*, et on conserve l'ovaire.

Les annexes gauches explorées sont normales.

On laisse dans le ventre une certaine quantité de sang et on ferme..

Le 24 février 1928, poussée de température à 40, due à une angine.

Le 12 mars 1928, la malade va bien et quitte le service.

En avril 1933, on apprend que ses règles ont réapparu 2 mois après son opération. Elle a eu une grossesse qui a été normale. Pas de fausse-couche. Bonne paroi.

OBSERVATION XI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Fourn..., 30 ans, Ste-Anne, 1926, tome II, page 203.

Cette malade entre dans le service le 7 décembre 1926.

Elle est mariée et a eu un enfant. Pas de fausse-couche.

Ses dernières règles, survenues le 4 décembre 1926, après un retard de 15 jours s'accompagnent d'une brusque douleur dans le bas ventre, avec état syncopal et pouls filant.

Le 7 décembre 1926, intervention.

A. G. éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Grosse hémorragie intra-péritonéale. Petite fissuration de la trompe droite (partie moyenne) par une grossesse extra-utérine tout à fait au début. *Salpingectomie droite* avec conservation de l'ovaire.

Les annexes gauches sont saines:

Fermeture totale aux fils métalliques.

La malade sort le 24 décembre 1926.

Rentrée chez elle, la malade va bien pendant un an, ayant des règles normales, mais en janvier 1928, ses règles qui étaient en retard de 3 jours, se prolongent par des caillots sanguins et par un suintement continu marron.

La malade est mise au repos, et malgré la diminution de l'annexite droite, on décide de faire un curetage en raison des métrorragies persistantes. Cette intervention a lieu le 14 février 1928, et on retire des débris, dont l'examen histologique (D^r Pollosson) est le suivant :

Fragments de muqueuse utérine hyperplasiée.

Rien ne permet de songer à des débris placentaires.

La malade sort à nouveau le 3 mars 1928. L'utérus est revenu sur lui-même.

En 1929, la malade est enceinte et accouche à terme d'un enfant mort-né de 3.500 grs, après un forceps pour bassin rétréci.

Le 24 septembre 1932, la malade revient dans le service pour un retard de règles de 2 mois. Au toucher, on perçoit un utérus gravide basculé dans un Douglas rétracté.

Traitement médical.

Le 7 octobre 1932 (D^r Carcassonne). La grossesse continue à évoluer ; l'utérus est toujours en rétroversion ; la malade doit revenir.

Le 22 octobre 1932, la malade revient avec une rétention d'urine. Cathétérisme.

Le 6 mai 1933, elle accouche d'un enfant vivant, dans le service du D^r Rhenter.

OBSERVATION XII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Papanic..., 30 ans, Ste-Anne, 1927, tome I, page 84.

Cette malade entre dans le service, le 23 février 1927, pour douleurs abdominales droites, avec retard de règles de 10 jours. Pas de vomissements, pas de température.

Elle est mariée et a eu trois enfants et une fausse-couche.

Au toucher, l'utérus est gros et dévié à gauche par une masse mollassée droite.

Le 1^{er} avril 1927, intervention.

Salpingectomie droite.

En avril 1933, on a des nouvelles de cette ancienne opérée. Elle a un bon état général et ses règles sont très normales. Bonne paroi. Elle a eu une grossesse qui a été normale.

OBSERVATION XIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Van..., 32 ans, St-Paul, 1910, page 169.

Cette malade entre le 7 juin 1910.

Elle a toujours été réglée régulièrement, mais ses dernières règles de janvier se sont continuées par des pertes rougeâtres

qui n'ont fait qu'augmenter jusqu'à son entrée à l'hôpital. Pas de douleurs.

Toucher : utérus gros ; masse latérale gauche.

Le 10 juin 1910, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon relevé montre une grosse trompe gauche descendue. On saisit l'utérus qu'on luxe au dehors. La poche se rompt et il s'échappe de gros caillots.

Salpingectomie gauche.

Les annexes droites sont indemnes.

Fermeture totale.

Les suites sont simples et la malade sort le 1^{er} juillet 1910.

En mai 1913, la malade vient consulter pour sciatique et parésie de la jambe gauche. Elle eut en septembre 1912 une grossesse normale à terme ; gros enfant de 5 kgs (forceps).

En mai 1933, on a encore des nouvelles de cette malade qui a eu un autre enfant en 1921. Son état général est toujours très bon et sa paroi est très solide.

OBSERVATION XIV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Rich..., 30 ans, Ste-Anne, 1923, tome I, page 279

Entre le 12 juillet 1923.

Réglée à 11 ans et régulièrement depuis.

Mariée, ni enfant, ni fausse-couche.

Elle se présente avec un retard de règles de 2 mois et demi, s'accompagnant de nombreuses crises douloureuses dans le bas ventre, avec pertes fétides, couleur chocolat, et état syn-copal.

Toucher : utérus plaqué en antéversion contre la symphyse ; col légèrement ramolli ; culs-de-sacs remplis par une masse mollassse prédominant à gauche où elle est douloureuse.

Teint pâle ; température 38°4 ; pouls 130.

Le 12 juillet 1923, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Immédiatement, on tombe dans un péritoine qui a l'aspect noirâtre classique. A l'ouverture, il s'échappe un flot de sang noirâtre et de nombreux caillots. On se porte du côté des annexes gauches, après avoir évacué une masse de caillots et de débris placentaires. On attire facilement les annexes au dehors et on pratique une *ovario-salpingectomie gauche*.

Les annexes droites sont saines.

Fermeture totale.

Examen de la pièce : rupture d'une grossesse ampullaire ; le fœtus retrouvé au milieu des caillots est bien un fœtus de 2 mois environ ; il semble qu'on aurait pu conserver l'ovaire qui était sain.

Le 3 juin 1924, la malade revient. Elle est enceinte de 4 à 5 mois.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette malade. Sa grossesse de 1924 s'est bien passée, mais quelques années après, elle en eut une autre qui s'est terminée avant terme à 6 mois et demi. Elle eut, en outre, 3 fausses-couches.

OBSERVATION XV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Scaram..., 31 ans, Ste-Anne, 1932, tome I, page 302.

Malade opérée d'urgence à l'Infirmierie de Porte.

A déjà été opérée il y a un an pour grossesse extra-utérine par le Dr Creyssel qui lui fit une castration gauche.

Pas d'autres antécédents.

Les dernières règles normales apparaissent le 14 avril 1932. Le mois suivant, elles apparaissent avec quelques jours de retard et se continuent par des pertes rouges régulières, continues, assez peu abondantes, sans phénomènes douloureux. Le 19 juin, apparition de coliques abdominales violentes s'accompagnant de syncope.

Le 19 juin 1932, intervention.

A. G. éther ; grossesse ampullaire droite fissurée. Assez grosse quantité de sang dans le ventre. *Salpingectomie droite partielle* avec conservation de l'ovaire.

La malade sort guérie le 2 juillet 1932.

OBSERVATION XVI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Mol..., 27 ans, Ste-Anne, 1922, tome I, page 313.

Entre le 14 août 1922.

Réglée à 13 ans et régulièrement depuis.

Opérée, il y a 7 ans, d'un goître kystique.

Mariée, a eu une grossesse et une fausse-couche.

Le 24 mai 1922, elle a été opérée à l'hôpital de la Croix-Rousse d'une grossesse tubaire gauche.

Ses règles réapparaissent normalement le 27 mai 1922, manquent en juillet et, le 5 août 1922, elle a quelques pertes rosées peu abondantes qui s'accompagnent, le 12, d'une crise douloureuse abdominale, pour laquelle elle entre à l'Hôtel-Dieu.

L'abdomen est contracturé, douloureux ; le teint est très pâle ; le poulx est petit à 140 ; la température est à 38°7.

Toucher : col à peu près normal ; cul-de-sac postérieur douloureux, distendu par une masse transversale, molle ; le doigt ramène des débris brunâtres.

Le 14 août 1922, intervention.

Salpingectomie droite.

La malade sort guérie le 6 septembre 1922.

OBSERVATION XVII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Duc..., 30 ans, Ste-Anne, 1922, tome I, page 18.

Entre le 11 janvier 1922.

Mariée, a eu un enfant.

Ses dernières règles normales remontent au mois d'octobre 1921 et elles ne réapparaissent qu'en décembre. Mais, entre temps, elle eut des pertes douloureuses rouges foncées avec des caillots.

Le 9 janvier 1922, elle présente une grande crise douloureuse avec pertes, vomissements et état syncopal.

Le 11 janvier 1922, intervention.

Grossesse tubaire rompue à droite.

Inondation péritonéale.

Salpingectomie droite.

La malade sort guérie le 21 février 1922.

Depuis cette époque, elle se porte bien et ses règles sont normales. Mais en avril 1928, après un retard de règles de quelques jours, elle ressentit de violentes douleurs abdominales à gauche, s'accompagnant de pertes et elle entre à nouveau à l'hôpital (cf. Ste-Anne, 1928, tome I, page 215).

Le 8 mai 1928, intervention.

Rachi-anesthésie. Pfannenstiel passant par l'ancienne cicatrice. On ne voit pas l'épiploon, mais du sang apparaît immédiatement. L'utérus est ascensionné et on voit sortir de la trompe gauche un œuf enveloppé de caillots noirâtres. En arrière, une masse de caillots organisés remplit le Douglas et étale le mésocolon pelvien. La conservation de l'ovaire est impossible. *Ovario-salpingectomie gauche* et ablation des caillots.

On pratique la révision du foyer et on voit, à droite, un ovaire conservé et un tout petit moignon de trompe que l'on prend d'abord pour un adénomyome. On ne trouve ni fibrome ni autre lésion.

Fermeture totale.

La malade sort guérie le 27 mai 1928.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette malade qui a conservé ses règles normales qui ont réapparu un mois après son intervention. Elle a un bon état général sans aucun trouble et a une bonne paroi.

OBSERVATION XVIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Rib..., 33 ans, Ste-Anne, 1927, tome II, page 4.

Entre le 16 juillet 1929.

Réglée à 15 ans et régulièrement depuis.

Mariée, et a eu 4 enfants.

Il y a une semaine, elle a présenté des douleurs abdominales avec pertes blanches.

Toucher : masse du volume d'une orange dans le cul-de-sac latéral droit ; utérus dévié à gauche.

Le 18 juillet 1927, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine apparaît, bleuté, en deuil. Caillots sanglants entre les anses grêles. Utérus rejeté dans la fosse iliaque gauche. Il s'agit d'une grossesse tubaire ayant évolué dans le 1/3 externe de la trompe droite. La grossesse a dû s'interrompre et s'accoucher vers l'abdomen car, à l'ouverture de la trompe on ne trouve plus que l'insertion du placenta.

Salpingectomie droite avec conservation de l'ovaire.

Fermeture sans drainage.

La malade sort guérie le 8 août 1927.

Le 5 septembre 1927, la malade est revue. L'utérus est en bonne position. Les règles ont réapparu, non douloureuses. Dans le Douglas, on sent une masse ronde, indolore. Etat général excellent.

Le 10 décembre 1927, cette grosse masse a disparu et l'utérus est toujours en bonne position.

Le 18 mars 1933, la malade revient dans le service. Elle a une bonne paroi, et ses règles qui étaient toujours normales, sont en retard d'un mois.

Apparition de petites pertes rougeâtres et de quelques troubles sympathiques avec gonflement des seins.

Examen : abdomen souple ; cicatrice non douloureuse mais palpation très douloureuse de la fosse iliaque gauche.

Toucher : col normal, non ramolli ; utérus gros, globuleux, non dur, remontant à 3 doigts sous l'ombilic ; latéralement, collée le long du bord gauche de l'utérus, massé arrondie, lisse, dont la palpation est très douloureuse.

Réaction de Brauha, positive.

Le 14 avril 1933, intervention.

A. G. éther. Pfannenstiël. Le péritoine apparaît bleuté.

Ovario-salpingectomie gauche.

Du côté droit, siège de la première grossesse tubaire, il subsistait l'ovaire qui contenait un gros kyste hématique que l'on rompt. On conserve néanmoins cet ovaire déficient.

A signaler, la présence de suffusions hémorragiques sous-péritonéales diffuses et assez inexplicables (le mésorrectum et le mésoappendice, par exemple, sont injectés par du sang noir).

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires très simples. Pas d'hématomes.

Le 1^{er} mai, on note :

Tremblement menu mais net des doigts ;

Hypertrophie thyroïdienne marquée à l'isthme et au lobe gauche ;

Eclat spécial du regard ;

Pas de tachycardie ;

Métabolisme basal, 40. Augmentation 9,5 %.

La malade sort guérie le 6 mai 1933.

OBSERVATION XIX

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Pich..., 29 ans, Ste-Anne, 1927, tome I, page 153.

Entre le 1^{er} avril 1927.

Mariée, pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Réglée à 13 ans et régulièrement depuis, mais ses règles sont douloureuses.

Ses dernières règles remontant au 10 février 1927 se sont accompagnées de douleurs et de vomissements.

Dès le début de mars, elle présente un écoulement continu, devenu très abondant ces temps-ci et son médecin lui découvre une masse annexielle pour laquelle elle entre à l'Hôtel-Dieu.

Le 4 avril 1927, intervention.

Pfannenstiel. A l'ouverture du ventre, l'S iliaque forme plafond au-dessus d'une masse noire qui est la grossesse extra-utérine rompue, mais admirablement cloisonnée. Pas de sang dans le péritoine. La main glisse dans le Douglas et remonte les caillots et la trompe rompue. Cette rupture a eu lieu au niveau de son 1/3 externe. On pratique une *salpingectomie partielle gauche*, avec conservation de l'ovaire qui présentait un gros corps jaune de grossesse.

Hémostase sans lier la trompe.

Du côté droit, la trompe est grosse, volumineuse, tant par le dépôt de fibrine sur sa surface externe que par la congestion habituelle normale de la muqueuse intra-tubaire. On la respecte.

Fermeture sans drainage.

Les suites sont simples et la malade sort guérie le 25 avril 1927.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette malade. Ses règles ont réapparu normalement 2 mois après son opération et elle n'a ressenti aucun trouble. Mais en avril 1932, elle dut subir une nouvelle intervention pour une seconde grossesse tubaire à l'hôpital Broussais, à Paris.

OBSERVATION XX

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Fxier.

Mme Cle..., 26 ans, Ste-Anne, 1924, tome I, page 182.

Entre le 3 mai 1924.

Réglée à 14 ans et régulièrement depuis.

Il y a 15 jours, à la suite d'un retard de règles de 15 jours, la malade présente une violente douleur abdominale avec pertes rouges et tendance syncopale. Depuis, la douleur s'est atténuée, mais la malade continue à perdre.

Toucher : col mou ; utérus refoulé en avant et à gauche ; dans le cul-de-sac latéral droit, masse douloureuse, indépendante de l'utérus.

Teint jaune, pas de température, pas de vomissement.

Le 5 mai 1924, intervention.

Pfannenstiël. Ouverture du péritoine et saisie de la trompe droite. *Salpingectomie droite* avec conservation de l'ovaire.

A gauche, annexite ancienne avec trompe fermée. On pratique une *salpingostomie*.

Fermeture totale.

Le 4 août 1933, on revoit cette malade. Excellent état ; pas de grossesse ; deux fausses-couches ; règles normales ; bonne cicatrice.

OBSERVATION XXI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Mil..., 33 ans, Ste-Anne, 1924, tome I, page 88.

Malade opérée d'urgence à l'Infirmierie de Porte, le 24 février 1924.

Réglée à 16 ans, et régulièrement depuis.

Mariée, 2 enfants, pas de fausse-couche.

Elle perd du rouge depuis 3 semaines, sans retard de règles, et le 20 février, elle ressent une violente crise douloureuse dans le bas ventre avec vomissements et prédominance de la douleur au point de Mac Burney.

Toucher : empâtement du pelvis à droite.

Comme la malade n'accuse aucun retard de règles, aucune perte anormale récente, on pense à une appendicite pelvienne, en faisant toutefois des réserves pour la possibilité d'une

grossesse extra-utérine en raison de son teint jaune caractéristique.

Le 24 février 1924, intervention.

Incision de Jalaguier.

A l'ouverture du péritoine, issue de sang noirâtre. On saisit rapidement la trompe droite rompue au niveau de l'ampoule. On ne trouve pas de fœtus ; quelques débris placentaires sont retirés.

Salpingo-ovariectomie droite.

Fermeture totale.

Les suites sont excellentes et la malade sort le 14 mars 1924.

En juin 1933, on a de ses nouvelles. Ses règles réapparaissent un mois après son opération et elle ne se plaint d'aucun trouble. Bonne cicatrice. Elle n'a pas eu de grossesse mais elle a eu une fausse-couche.

OBSERVATION XXII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Phil..., 35 ans, Ste-Anne, 1931, tome I, page 70.

Entre à l'Infirmierie de Porte, le 15 février 1931, pour douleurs dans l'hypochondre droit, s'accompagnant de vomissements.

A eu 3 enfants et jamais de fausse-couche.

Ses règles sont régulières habituellement. A l'heure actuelle, elle présente un retard de un mois qui s'accompagne de douleurs très vives à droite, avec vomissements, tendance syncopale, pâleur extrême.

La température est à 37°5, le toucher utérin est négatif et on ne trouve à l'examen qu'une légère contracture de l'abdomen à droite.

On laisse la malade au repos avec de la glace sur le ventre.

Peu à peu, son état s'améliore, et au toucher, on sent, à droite, haut, au-dessus du détroit supérieur, une tuméfaction

grosse comme une pomme, mollassse, mal délimitée, ressemblant à un petit kyste de l'ovaire ou à un hydrosalpinx tordu.

En raison de l'état péritonéal très grave dans lequel s'est présentée cette femme, on décide d'intervenir.

Le 22 mars 1931, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès qu'on arrive sur le péritoine, le diagnostic est signé par son aspect endeuillé. Du sang arrive en abondance du côté droit de l'abdomen. Rapidement on plonge la main dans le pelvis, qui, courant le long du ligament large à droite va empoigner la trompe droite qui est luxée au dehors.

Salpingectomie droite.

Les suites opératoires sont normales.

En avril 1933, on a des nouvelles de cette ancienne opérée. Règles redevenues normales ; pas d'enfant ; pas de fausse-couche ; bonne cicatrice ; aucun trouble, mais la malade se plaint d'avoir considérablement engraisé (16 kgs en 2 ans).

OBSERVATION XXIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Rob..., 34 ans, Ste-Anne, 1927, tome II, page 37.

Entre le 8 août 1927.

A eu un enfant il y a 7 ans.

Habituellement, réglée régulièrement.

Sans retard de règles, le 7 août, la malade présente deux crises douloureuses abdominales, à début brusque, avec état syncopal, pâleur et pertes brunâtres. Le 8 août, elle a une nouvelle crise avec température à 39°3 et pouls à 130.

Le toucher utérin montre simplement un col mou et entr'ouvert.

Le doigt revient souillé de sang noirâtre.

Le 9 août 1927, intervention.

Incision longitudinale. Il s'agit d'une grossesse isthmique

rompue. Il y a de nombreux caillots dans l'abdomen. *Salpingectomie droite.*

On éprouve de la difficulté pour refaire la paroi de cette femme qui est obèse.

Fermeture à trois plans avec deux fils métalliques.

Sortie le 14 septembre 1927.

Cette malade est revue le 19 décembre 1931 : bon état général ; règles normales ; parésie du grand droit du côté gauche ; augmentation considérable de poids.

OBSERVATION XXIV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Vial..., 27 ans, Ste-Anne, 1926, tome II, page 13.

Entre le 11 août 1926.

Mariée, a eu un enfant et une fausse-couche.

Réglée à 12 ans et régulièrement depuis.

Elle présente un retard de règles de 3 mois, mais elle perd continuellement du sang rouge, et le 10 août, elle a une violente crise abdominale gauche avec vomissements. Son teint est pâle.

Toucher : utérus volumineux, donnant l'impression d'une gravidité de 2 mois, en latéro-position gauche et en anté-position ; col mou, ramolli ; Douglas rempli par une masse indurée, indolore, en forme de fer à cheval.

Le 14 août 1926, intervention.

Pfannenstiël. On tombe sur un ventre plein de caillots avec une grossesse qui avait évolué sur le pavillon de la trompe droite. *Ovario-salpingectomie droite* et ablation des volumineux caillots du Douglas. On trouve un fœtus de 3 à 4 mois.

Bonne hémostase et fermeture sans drainage.

Les suites sont simples.

Le 14 septembre 1926. Utérus en bonne position, à fond un peu globuleux ; rien à droite ; à gauche, ovaire un peu sensible.

La malade part guérie.

Le 25 janvier 1927, la malade revient. Ses règles sont régulières, mais très peu abondantes. Au toucher, l'utérus est de volume normal, le cul-de-sac droit est souple, et à gauche, on sent un ovaire un peu gros mais non douloureux. Cette femme a beaucoup engraisé et on lui conseille vivement de combattre son obésité.

OBSERVATION XXV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Bon..., 25 ans, Ste-Anne, 1928, tome II, page 314.

Malade opérée à l'Infirmierie de Porte.

Rien dans ses antécédents.

Est mariée depuis 7 ans, mais n'a eu ni enfant ni fausse-couche.

Ses dernières règles normales remontent au 12 novembre 1928.

Le 27 décembre, elle présente une crise abdominale douloureuse de 2 heures environ, avec tendance lipothymique et quelques pertes brunâtres. Depuis, elle continue à perdre et, le 31, à la suite d'une nouvelle crise, elle entre à l'Hôtel-Dieu.

Le 31 décembre 1928, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une inondation péritonéale abondante. La grossesse est greffée dans le pavillon. *Salpingectomie droite*, avec conservation de l'ovaire.

A gauche, les annexes sont normales.

Fermeture sans drainage.

Malade revue le 17 avril 1929 : ovaire droit un peu douloureux et volumineux ; utérus en bonne position ; annexe gauche non perçu.

Revue de nouveau le 21 avril 1933 : cicatrice indolore ; règles normales ; pas de grossesse ; l'état général n'est pas

satisfaisant : Basedow certain avec nervosité, tremblement, palpitations, vertiges, tachycardie, regard brillant.

OBSERVATION XXVI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Pich..., 30 ans, Ste-Anne, 1927, tome II, page 139.

Entre le 21 octobre 1927.

Rien dans les antécédents.

Ses dernières règles normales remontent au 30 août 1927 ; elles ont disparu depuis, et, il y a 5 jours, la malade eut une grosse perte qui s'est terminée brusquement pour réapparaître à nouveau deux à trois fois depuis. Ces phénomènes s'accompagnent de douleurs assez violentes dans le bas ventre.

Toucher : grosse tuméfaction gauche.

Le 22 octobre 1927, intervention.

A. G. éther. A l'ouverture du ventre, il s'écoule une grosse quantité de sang noir. On tente de faire une opération conservatrice à droite. Mais l'ovaire est gros et sa vascularisation précaire. On pratique alors une *ovario-salpingectomie droite*.

A gauche, on trouve une grosse trompe fermée qui paraît être un hydro-salpinx. On se résout à faire une *salpingostomie*. L'utérus est très gros.

Fermeture totale.

Les suites sont simples et la malade sort guérie.

Le 23 mars 1929, la malade revient pour un pyosalpinx gauche. On pratique alors une *salpingectomie*. Suites normales.

Le 12 décembre 1930, la malade revient à nouveau pour occlusion intestinale. Au cours de l'intervention, on trouve des anses grêles, adhérant à la paroi et au péritoine pariétal postérieur. On découvre également une anse en volvulus, deux fois tordue. Son mésentère est épaissi, infiltré de nombreux ganglions, ce qui évoque l'idée de tuberculose, dans l'interprétation des lésions anciennes. Suites simples.

OBSERVATION XXVII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Desh..., 29 ans, Ste-Anne, 1929, tome II, page 180.

Malade opérée à l'Infirmierie de Porte, le 1^{er} novembre 1929.

Mariée, pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Ses dernières règles normales remontent au mois de septembre. Depuis, elle eut quelques petites pertes rouges, brunâtres, foncées, coïncidant avec des crises abdominales très douloureuses, et c'est à l'occasion d'une de ces crises qu'on la transporte à l'Hôtel-Dieu.

Intervention le 1^{er} novembre 1929.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une hémato-cèle ancienne. Ablation d'un fœtus de 2 mois et demi environ.

Ovario-salpingectomie gauche, et ablation de la trompe droite, siège d'un hématosalpinx.

On place une mèche dans le Douglas au niveau de la poche d'hématocèle qui suinte. Fermeture.

Sérum intra-veineux et transfusion de 260 cm³ de sang.

Le 29 novembre 1929 : colpotomie postérieure ; il s'écoule un verre à bière de pus.

Le 14 décembre, la température a baissé et la malade sort guérie.

Le 5 mai 1930, la malade revient pour des symptômes d'occlusion intestinale, pour lesquels on intervient immédiatement, en passant par l'ancienne cicatrice. Il s'agit d'une occlusion du grêle par adhérence d'une face du mésentère à l'ancien foyer d'hématocèle pelvienne. Il existe, en outre, des quantités d'adhérences entre les diverses anses grêles. La bride est sectionnée, mais on constate encore un début de volvulus de cette anse grêle qu'on détord. L'intervention n'a duré que 25 minutes, mais la malade est très shockée.

On ne peut la réchauffer et elle meurt.

OBSERVATION XXVIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Bor..., 31 ans, Ste-Anne, 1924, tome I, page 222.

Réglée à 16 ans, d'abord irrégulièrement, puis régulièrement.

Mariée, pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Elle présente un retard de règles de 15 jours, s'accompagnant de pertes rouges brunâtres, de douleurs dans la fosse iliaque droite et de nausées.

L'abdomen est souple ; les seins sont augmentés de volume.

Toucher : col mou ; grosse masse douloureuse à droite ; le doigt ramène du sang noirâtre, chocolat, d'odeur fétide.

Le 3 juin 1924, intervention.

Pfannenstiël. A l'ouverture du ventre, le péritoine présente l'aspect endeuillé classique. Petite quantité de sang dans le Douglas. La trompe droite est saisie à pleine main et on cherche à isoler l'ovaire. On constate qu'il fait partie de la poche. On s'assure alors de l'existence de l'ovaire gauche et l'on pratique une *ovario-salpingectomie droite*.

Du côté gauche, la trompe est basculée en arrière, passe sous l'S iliaque, qui par une pelvi-péritonite adhésive est venue adhérer au ligament large. On l'attire progressivement. L'ovaire est adhérent et présente de la péri-ovarite. On pratique alors une *salpingostomie gauche*.

Les suites sont simples et la malade quitte le service le 4 juillet 1924.

Le 29 mai 1931, la malade revient. Elle va bien depuis son opération, ses règles sont normales, sa cicatrice est bonne, elle n'a pas eu d'enfant.

Elle présente à l'heure actuelle un cancer du sein, pour lequel il est indiqué d'intervenir.

OBSERVATION XXIX

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme For..., 41 ans, Ste-Anne, 1923, tome I, page 281.

Entre le 14 juillet 1923.

Réglée à 13 ans ; ses règles sont régulières mais un peu douloureuses.

Mariée, a eu 2 enfants et une fausse-couche.

Ses dernières règles remontent au 20 avril 1923. Depuis, elle présente les troubles sympathiques de la grossesse avec crises douloureuses dans le bas ventre, accompagnées de pertes rouges abondantes et de caillots noirs.

Toucher : col très nettement ramolli ; pas d'infiltration du Douglas, mais le redressement de l'utérus est douloureux ; dans le cul-de-sac gauche, on perçoit une petite masse, très sensible à la palpation, un peu molle, légèrement bosselée.

Le 18 juillet 1923, intervention.

Pfannenstiël. Le péritoine n'a pas sa teinte endeuillée habituelle, mais, dès l'ouverture, il s'écoule un peu de sang rouge. On aperçoit immédiatement la trompe gauche coudée sur elle-même, de sorte que son extrémité vient chevaucher sur le fond utérin. En un point, la surface externe paraît prête à se rompre. On pratique rapidement une *ovario-salpingectomie gauche*.

Il y a peu de sang épanché dans le Douglas.

L'annexe droite est recroquevillée sur l'utérus ; elle est saine. L'utérus est gros et la saillie de la corne droite lui donne la forme en tête de taureau.

Fermeture totale.

Le 4 août 1923, la malade sort complètement guérie. L'utérus, encore gros est en très bonne position.

Le 7 mai 1932, cette malade est opérée à la Clinique St-Charles pour un *pyosalpinx droit*. On avait pensé tout d'abord à

une origine bacillaire. Cette opinion est démentie par l'examen histologique et par l'inoculation au cobaye.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette malade qui présente un bon état général et ne se plaint d'aucun trouble. Pas d'enfant, pas de fausse-couche.

OBSERVATION XXX

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme May..., 28 ans, Ste-Anne, 1923, tome II, page 198.

Entre le 17 septembre 1923.

Réglée à 15 ans. Ses règles sont régulières, mais toujours un peu douloureuses.

Mariée, pas d'enfant, une fausse-couche.

Ses dernières règles normales remontent au mois de septembre 1923.

Le 17 novembre, elle a une violente crise abdominale avec vomissements. Cette crise réapparaît le 10 et le 16 décembre avec plus d'intensité.

A l'entrée, la malade est excessivement pâle ; le pouls est à 124; elle ne souffre plus du ventre.

Au toucher utérin, on est étonné, alors qu'on pensait à une grossesse tubaire, de sentir un col très mou et au-dessus une masse volumineuse représentant tout à fait un utérus gravide.

On décide d'attendre, se demandant s'il ne s'agit pas d'une grossesse tubaire avec grossesse normale, ou d'un kyste de l'ovaire avec une grossesse.

Le 21 décembre 1923, le pouls rapide et le ventre météorisé réclament l'intervention.

Le 21 décembre 1923, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'œdème de la paroi oblige à aller doucement pour trouver un point où l'on puisse pénétrer dans le péritoine sans crainte. Ce péritoine apparaît bleuté, endeuillé. On pénètre dans son intérieur et on décou-

vre une énorme trompe droite, cachée dans de nombreux caillots, derrière l'utérus. On la saisit, et on pratique une *salpingectomie droite*. Nettoyage des caillots et fermeture totale.

En mai 1933, la malade est revue. Bon état général. Bonne cicatrice. Règles réapparues normales. Pas de grossesse ni de fausse-couche.

OBSERVATION XXXI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Dal., 26 ans, Ste-Anne, 1929, tome II, page 242.

Entre le 4 décembre 1929.

Mariée, elle eut 3 grossesses normales et une fausse-couche.

Réglée normalement depuis l'âge de 16 ans pendant 3 à 4 jours par mois. Pas de pertes blanches.

Ses dernières règlent datent du mois de septembre. Le 11 novembre, elle a une hémorragie vaginale, accompagnée de douleurs violentes. Huit jours après, elle a de nouveau une perte qui se continue par une douleur abdominale siégeant surtout à droite.

A l'entrée, l'abdomen est souple, le pouls à 80 et la température à 37°7.

Toucher : col remarquablement mou ; fond utérin perdu en arrière, enclavé dans une masse pâteuse, couchée derrière l'utérus.

Le 5 décembre 1929, *intervention*.

A. G. Koelene-éther. Pfannenstiel. Il s'agit d'une hémato-cèle avec d'assez nombreux caillots et 200 gr. environ de sang liquide. On aperçoit la trompe droite gravide. Ablation de ses 2/3 externes.

Salpingectomie droite partielle.

Ablation d'un petit kyste séreux du pavillon de la trompe gauche.

Fermeture totale.

Le 23 décembre 1929, les suites sont excellentes et la malade part guérie.

Le 8 février 1930, la malade est revue en excellent état général.

En mai 1933, la malade est revue à nouveau. Plus de trace de cicatrice. Toucher vaginal négatif. Règles normales. La malade voudrait avoir des enfants.

OBSERVATION XXXII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Dutr..., 32 ans, Ste-Anne, 1923, tome II, page 170.

Réglée à 16 ans et régulièrement depuis.

Eut un enfant mort à 2 mois et 2 fausses-couches provoquées.

Elle présente actuellement un retard de règles de 15 jours qui s'accompagne de douleurs abdominales et d'état syncopal.

A l'entrée, le pouls est lent et la température normale.

Au toucher, on note un empâtement diffus des culs-de-sac.

Le 3 décembre 1923, *intervention*.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Grosse quantité de sang dans le péritoine. On a affaire à une grossesse isthmique droite rompue.

Salpingectomie droite. On laisse la plus grande partie du sang dans le ventre.

Fermeture totale.

En avril 1933, on a des nouvelles de cette malade. Bon état général. Bonne cicatrice. Règles redevenues normales 2 mois après l'intervention, mais la malade n'a pas voulu avoir d'enfants. Ne se plaint que de quelques troubles vagues du transit intestinal.

OBSERVATION XXXIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Dub..., 29 ans, Ste-Anne, 1923, tome I, page 62.

Entre le 19 février 1923.

Réglée à 13 ans et régulièrement depuis.

Mariée, pas de grossesse, pas de fausse-couche.

Ses dernières règles normales remontent au 1^{er} décembre. Elles manquent en janvier, et il y a une quinzaine de jours, la malade ressentit de violentes douleurs abdominales qui se sont accompagnées de pertes rouges continues.

Toucher : col mou ; gros utérus dévié à gauche ; peu d'infiltration du Douglas, masse irrégulière à droite.

Colostrum au niveau des seins.

Le 20 février 1923, intervention.

Pfannenstiël. A l'ouverture du ventre, issue abondante de sang noir. L'épiploon récliné, on aperçoit la trompe droite, augmentée de volume, tendue, baignant dans un peu de sang noir (60 gr.). La grossesse siège dans sa partie ampullaire. On pratique une *salpingectomie droite* et on conserve l'ovaire. C'est une manœuvre difficile parce que la trompe et le pédicule sont très friables, et on est obligé de faire les ligatures avec une grande minutie. Du côté opposé, on trouve un hydro-salpinx ; le pavillon est fixé contre l'ovaire. On ne songe pas à pratiquer une salpingostomie.

Fermeture totale.

Examen de la pièce : La trompe a été enlevée sans être rompue. On incise au point qui paraît être fissuré et on trouve le sac à parois épaisses, renfermant un embryon de 15 mm. environ, dont le cordon va s'implanter sur un petit placenta du volume d'une pièce de un franc.

Le 10 mars 1923, la malade part guérie. Au toucher, on note un peu d'induration du Douglas, dûe sans doute au sang de l'hématocèle qui a été respecté.

En mai 1933, cette malade est revue. L'utérus est en bonne position et les annexes sont normales. Ses règles sont redevenues très régulières 3 semaines après l'opération. Elle a une bonne cicatrice qui est invisible. Elle a un bon état général et ne se plaint que de vagues douleurs dans le bas ventre.

OBSERVATION XXXIV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Del..., 22 ans, Ste-Anne, 1927, tome I, page 11.

Malade opérée à l'Infirmierie de Porte.

Elle est mariée et habituellement bien réglée, n'a jamais eu de grossesse.

Ses dernières règles de décembre ont été plus longues que de coutume, et dans le courant de ces quinze derniers jours, elle a présenté plusieurs crises douloureuses dans le bas ventre à droite, avec état syncopal, sans température.

A l'examen, l'abdomen est normal ; un peu de défense à droite pourtant.

Au toucher, grosse masse annexielle droite ; rien à gauche ; grosse tuméfaction mollassse dans le Douglas.

Le 10 janvier 1927, intervention.

A. G. éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Grossesse tubaire rompue à droite avec hémorragie enkystée. Les deux ovaires et la trompe gauche sont sains.

Salpingectomie droite.

Fermeture totale.

La malade sort guérie le 27 janvier 1927.

En avril 1933, nouvelles de cette opérée. Règles normales non douloureuses ; bon état général ; bonne cicatrice ; aucun trouble ; pas de grossesse.

OBSERVATION XXXV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Val..., 41 ans, St-Paul, 1909, page 301.

Entre le 16 novembre 1909.

Deux grossesses antérieures normales. Elle présente actuellement un retard de règles de 10 jours qui s'accompagne de crises douloureuses abdominales avec tendance syncopale et pertes rouges.

Le 18 novembre 1909, intervention.

Pfannenstiel. Le péritoine paraît de suite infiltré. En mettant la valve, la trompe droite malade se rompt : issue d'un flot de sang. On attire cette trompe au dehors et on pratique une *salpingectomie droite*.

Toilette des caillots et fermeture totale.

La poche d'hématocèle était située en avant de l'utérus, et limitée en avant par la vessie et, en arrière, par l'utérus et le ligament large.

Le 18 décembre 1909, les suites sont normales et la malade quitte le service.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette opérée. Ses règles réapparues 3 mois après son opération ont été normales jusqu'à sa ménopause qui a eu lieu à l'âge de 47 ans. Elle va très bien et a une bonne cicatrice. Ni grossesse ni fausse-couche.

OBSERVATION XXXVI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Trim..., 35 ans, Ste-Anne, 1924, tome I, page 276.

Entre le 10 juillet 1924.

Pleurésie en 1912.

Réglée à 12 ans et régulièrement depuis.

Mariée, elle eut 2 enfants, jamais de fausse-couche.

Ses dernières règles normales remontent au 29 mai ; elles sont suivies de pertes blanches sales. Le 24 juin, la malade eut une grosse perte de sang rouge et de caillots ; tendance syncopale.

Toucher : col mou ; corps utérin mobile, dévié à gauche ; à droite, masse douloureuse de la grosseur d'un œuf ; rien à gauche.

Le 11 juillet 1924, intervention.

Pfannenstiël. Dès l'ouverture du ventre, la trompe droite apparaît tendue, augmentée de volume. On pratique une *salpingectomie droite* en conservant l'ovaire.

Les annexes gauches sont normales.

On éponge le sang du Douglas.

Fermeture totale.

Les suites sont normales et la malade sort le 4 août 1924.

Elle est revue le 23 juin 1926. Ses règles sont beaucoup plus régulières qu'avant l'opération ; aucun accident ; pas d'enfant.

Le 17 mars 1933, elle est revue à nouveau ; très bon état général ; cicatrice excellente ; pas d'enfant ; pas de fausse-couche.

OBSERVATION XXXVII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Soul..., 32 ans, St-Paul, 1908, page 544.

Entre le 24 décembre 1908.

Pleurésie dans ses antécédents personnels.

Réglée à 15 ans et très irrégulièrement depuis.

Mariée, elle eut 2 enfants, jamais de fausse-couche.

Ses dernières règles remontent au 7 novembre 1908. Puis elle continua à saigner jusqu'au 29, date à laquelle elle eut une grosse perte. Depuis, elle perd continuellement et souffre du ventre.

A l'entrée, malade très pâle, présentant du colostrum au niveau des seins.

Toucher : utérus un peu gros, déjeté à gauche ; à droite, tuméfaction molle du volume de deux petits poings, appendue à la face latérale de l'utérus.

Le 27 décembre 1908, intervention.

Pfannenstiël. Le ventre ouvert, on aperçoit l'S iliaque adhérent au péritoine prévésical. Dès qu'on a détaché l'S iliaque, on tombe dans une masse de caillots : hématocele anté-utérine. On en enlève deux grosses poignées. C'est la trompe gauche qui est gravide. On pratique une *salpingectomie gauche*.

Les annexes droites sont saines.

Toilette péritonéale et fermeture totale.

Le 15 janvier 1909, les suites sont normales, et la malade sort.

Elle est revue en *mai* 1933, en très bon état général. Ses règles ont été régulières jusqu'à l'âge de 47 ans où elles ont disparu. Bonne cicatrice ; pas d'enfant ; pas de fausse-couche.

OBSERVATION XXXVIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Moza..., 35 ans, Ste-Anne, 1923, tome II, page 131.

Entre le 4 novembre 1923.

Réglée à 15 ans et régulièrement depuis ; quelques pertes blanches.

Mariée, elle eut un enfant ; jamais de fausse-couche.

Ses dernières règles remontent à fin d'août ; elles n'apparaissent pas en fin septembre, et le 16 octobre la malade ressentit une violente douleur dans le bas ventre et eut une syncope.

Le 20 octobre, apparition de pertes rouges avec caillots noirs et d'une nouvelle crise douloureuse.

Toucher : col entr'ouvert, non ramolli ni effacé ; grosse masse résistante en forme de cœur de carte à jouer dans l'abdomen ; empâtement diffus à droite.

A son entrée, la malade a un teint très pâle, mais ne présente pas de colostrum au niveau des seins.

On la met au repos avec de la glace sur le ventre, et après une période de refroidissement péritonéal, elle refait brusquement une élévation de température avec retour de la sensibilité du ventre. On se décide alors à intervenir.

Le 13 novembre 1923, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le grand péritoine n'apparaît pas avec sa teinte endeuillée habituelle, mais on aperçoit vite un véritable barrage cloisonnant, entre le cul-de-sac péritonéal pré-vésical et le colon transverse. C'est sous ce plancher qu'existe le liquide noirâtre caractéristique de l'hématocèle. On établit, à l'aide de compresses, un cloisonnement supérieur pour isoler le grand ventre. Ceci fait, brusquement, on effondre la cloison étanche et on voit sourdre du petit bassin d'énormes caillots noirâtres. On éponge rapidement et on extériorise la trompe gauche, siège de la grossesse extra-utérine. On pratique une *salpingectomie gauche*.

Hémostase soignée et fermeture totale.

Cette malade est revue le 8 mars 1923, en très bonne santé. On constate encore une très légère infiltration du Douglas. L'utérus est en bonne position.

Elle nous donne de ses nouvelles en *avril* 1933. Ses règles sont toujours régulières. Elle n'a eu ni grossesse ni fausse-couche.

OBSERVATION XXXIX

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Furn..., 38 ans, Ste-Anne, 1927, tome I, page 145.

Opérée d'urgence à l'Infirmierie de Porte.

Mariée, ni enfant ni fausse-couche.

Réglée à 14 ans et régulièrement depuis.

Ses dernières règles normales remontent au 23 décembre 1926. Depuis cette date, elles n'ont plus reparu. Le 20 février 1927, la malade a des vomissements avec crises douloureuses dans le bas ventre. Le 19 mars, elle a une nouvelle crise semblable et ces phénomènes se répètent les jours suivants jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu.

L'examen donne des signes évidents de rupture de grossesse tubaire. Anémie considérable et pouls très faible à 140.

Le 25 mars 1927, intervention.

Laparotomie sous-ombilicale. Il s'agit d'une rupture d'une grossesse tubaire siégeant dans la trompe gauche au niveau de l'ampoule. On retrouve un fœtus de 3 mois environ, libre dans le pelvis. *Salpingectomie gauche* avec conservation de l'ovaire.

Fermeture en un plan aux fils de bronze.

Les suites sont excellentes et la malade sort le 13 avril 1927.

En mai 1933, on revoit la malade qui présente un excellent état général et une bonne paroi. Ses règles sont normales. Elle aurait voulu avoir des enfants mais n'en a jamais eu. Toucher vaginal négatif.

OBSERVATION XL

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Re..., 34 ans, Ste-Anne, 1923, tome II, page 98.

Entre le 17 octobre 1923.

Réglée à 12 ans et normalement depuis, sans douleurs ni pertes blanches.

Mariée, ni grossesse ni fausse-couche.

Ses dernières règles normales remontent au 10 septembre 1923. Le 10 octobre, elle eut une crise abdominale douloureuse s'accompagnant de pertes rouges et de vomissements.

Toucher : masse pelvienne douloureuse de la grosseur d'un poing ; utérus en bonne position.

On pense soit à un kyste de l'ovaire, soit à une grossesse tubaire fissurée.

Le 17 octobre 1923, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve : 1° un kyste intra-ligamentaire de l'ovaire droit. 2° une grossesse tubaire fissurée au niveau de la trompe gauche.

On pratique l'ablation du kyste de l'ovaire droit et de la *trompe gauche* en conservant partiellement l'ovaire gauche.

Fermeture totale.

Le 7 janvier 1924, on a des nouvelles de la malade. Elle va bien mais souffre un peu dans le bas ventre à droite. Ses règles ont réapparu le 25 décembre 1923.

Au mois d'avril 1933, elle nous écrit à nouveau et nous apprend qu'elle a toujours un bon état général avec des règles normales. Mais elle n'a eu ni grossesse ni fausse-couche.

OBSERVATION XLI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Meil..., 24 ans, Ste-Anne, 1931, tome I, page 239.

Entre le 3 juin 1931.

Réglée à 12 ans et régulièrement depuis.

Ses dernières règles remontent au 15 avril, et dans la semaine suivante, elle fut prise de nausées, s'accompagnant de pertes rouges, irrégulières, abondantes. Cet état dure une quinzaine de jours, puis son état général redevient meilleur, mais les pertes rouges brunâtres persistent. Depuis ces 5 derniers jours, elles deviennent même plus abondantes, s'accompagnant de douleurs abdominales, et la veille de son entrée, la malade tombe en syncope.

A l'entrée, la malade a un teint absolument frais et rose ; elle ne présente aucun état de shock et aucune contracture de la paroi. Le pouls est à 80 et la température à 38.

Cependant, les seins sont globuleux avec rétraction du mamelon. Pas de colostrum à la pression.

Toucher : à gauche, on sent une annexe globuleuse, grosse comme une petite aubergine, mobile, dans un Douglas non sensible ; à droite, tuméfaction molle correspondant à un épanchement de sang.

Le diagnostic est : grossesse extra-utérine gauche avec hématoecèle droite.

Le 3 juin 1931, intervention.

Pfannenstiel. A l'ouverture du ventre, issue d'une grande quantité de sang fluide rouge avec des caillots anciens. La malade saigne encore abondamment. De suite on saisit la trompe gauche, siège de la grossesse tubaire. On pratique une *salpingectomie partielle gauche* en respectant l'ovaire et le 1/3 interne de la trompe. On pratique ensuite la toilette du Douglas plein de caillots et l'inspection des annexes droites qui paraissent saines.

Fermeture totale.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette malade. Ses règles apparaissent 50 jours après l'opération et sont normales depuis. Elle n'a eu ni grossesse ni fausse-couche. Elle ne se plaint d'aucun trouble, si ce n'est de quelques douleurs dans le bas ventre allant en s'atténuant.

OBSERVATION XLII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Myo..., 32 ans, Ste-Anne, 1928, tome II, page 92.

Entre le 13 août 1928.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 22 ans.

Mariée, elle eut 2 grossesses normales et une fausse-couche.

Elle est très bien réglée habituellement.

Ses dernières règles, moins abondantes qu'à l'ordinaire, remontent au 7 juillet. Il y a 15 jours, elle a eu une violente crise abdominale douloureuse avec nausées. Depuis, ces crises se répètent et la dernière, il y a deux jours, plus violente que les autres, s'est accompagnée d'un suintement rosé.

Toucher : utérus horizontal ; Douglas très douloureux ; à droite, on sent une masse molle, douloureuse, accolée à l'utérus.

Le 15 août 1928, la malade expulse sa caduque.

Le 16 août 1928, *intervention*.

A. G. éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il s'agit d'une grossesse tubaire droite en voie d'avortement abdominal. *Salpingectomy droite* avec conservation de l'ovaire.

Au cours de l'intervention, en attirant l'utérus pour nettoyer le Douglas, on provoque une déchirure complète de la trompe gauche, qu'on est obligé de lier.

Fermeture sans drainage.

Crins dans la paroi.

En avril 1933, on a des nouvelles de cette malade, qui nous dit ne s'être jamais aussi bien portée que depuis son opération. Elle a une très bonne cicatrice. Ses règles sont normales, non douloureuses.

OBSERVATION XLIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Foul..., 32 ans, Ste-Anne, 1931, tome I, page 111.

Opérée d'urgence à l'Infirmierie de Porte, le 18 mars 1931.

Elle eut une pleurésie, il y a 5 ans.

Depuis janvier, ses règles sont irrégulières, et en mars, elles ont été très abondantes et étaient mêlées à des caillots. Elles ont disparu le 10 mars dernier.

Depuis 4 à 5 jours, la malade se plaint d'être lasse et de souffrir vaguement dans le bas ventre.

A l'examen, la langue est saburrale, la température est à 38 et le pouls à 100. L'abdomen présente une contracture généralisée. Le toucher utérin difficile montre un Douglas très sensible. Au niveau des seins, on constate la présence de collostrum et l'hypertrophie des tubercules de Montgomery.

Le 18 mars 1931, intervention.

A l'ouverture du ventre, le péritoine n'est pas endeuillé ; il y a simplement un peu de liquide sanguinolent dans le grand ventre. On récline les anses grêles et on aperçoit dans le Douglas du résiné caractéristique.

On constate que la trompe gauche est repliée en haut et en arrière, qu'elle est distendue et qu'elle se trouve être le siège de la grossesse extra-utérine.

Salpingectomie gauche avec conservation d'une partie de l'ovaire. A droite, il existe une salpingite qu'on enlève en conservant l'ovaire légèrement sclérokystique.

On place un gros drain dans le Douglas.

Fermeture totale.

Cette malade est revue en *mai* 1933. Ses règles ont réapparu 40 jours après l'opération et sont toujours normales et indolores. Elle a un bon état général et une bonne paroi. Elle n'a eu ni enfant ni fausse-couche.

OBSERVATION XLIV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Patu..., 34 ans, Ste-Anne, 1926, tome II, page 131.

La malade est envoyée dans le service parce qu'elle souffre du ventre.

Elle a eu de nombreuses hémoptysies.

Réglée à 15 ans et assez irrégulièrement depuis.

Mariée depuis 9 ans, elle a eu 2 grossesses normales.

Ses dernières règles ont apparu 15 jours en retard, le 4 septembre 1928. Le 9 septembre, elle eut une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans le membre inférieur s'accompagnant de nausées ; pas de température. Cette crise a duré 2 jours, puis a cessé, pour reprendre la veille de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le 13 septembre 1928, intervention.

Pfannenstiel. Le péritoine apparaît endeuillé et il s'écoule une petite quantité d'un liquide hématique. On trouve la trompe droite, siège de la grossesse extra-utérine, noyée au milieu de caillots noirâtres, fibrineux, de date ancienne. On pratique une *salpingo-ovariectomie droite*.

Toilette des caillots du Douglas qui, sans odeur et sans allure suspecte, permettent de refermer sans drainage.

On a des nouvelles de la malade en *mai* 1933. Ses règles ont réapparu 3 semaines après l'opération et sont toujours normales. Elle n'a eu ni grossesse ni fausse-couche. Elle a une bonne paroi et un bon état général.

OBSERVATION XLV

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Lapr..., 40 ans, Ste-Anne, 1930, tome I, page 18.

La malade entre dans le service le 23 juin 1930, pour douleurs abdominales durant depuis 5 semaines.

Elle est mariée et a eu 5 enfants dont le dernier il y a 2 ans. L'un est mort en bas âge de méningite.

Les troubles qu'elle présente actuellement ont débuté il y a 5 semaines, par une douleur brusque au niveau de la fosse iliaque droite s'accompagnant d'un seul vomissement peu abondant. Elle fut traitée alors par des cataplasmes sur l'abdomen et une potion calmante. Après avoir présenté 4 crises en 5 jours, accalmie de 8 jours. Elle n'avait alors pas de température, dit-elle. Puis, apparition des mêmes douleurs vives par crises au niveau du bas ventre à droite, avec quelques pertes rouges continues.

Habituellement bien réglée, ses dernières règles remontent au 17 mai, avant le début des troubles actuels.

A l'entrée, la malade est asthénique et couverte de sueurs profuses. La température est à 38° et le pouls à 90.

La palpation de l'abdomen est douloureuse au niveau de la

région sus-pubienne droite où l'on sent une légère résistance. Rien du côté gauche.

Les seins sont durs et laissent sourdre du colostrum.

Au toucher, l'utérus apparaît augmenté de volume, se prolongeant à droite par une masse du volume d'une orange, légèrement douloureuse, mobilisant le col qui est entr'ouvert. Les doigts ramènent du sang noirâtre mêlé à de petits caillots.

Le 25 juin 1930, intervention.

Pfannenstiel. Il s'agit bien d'une grossesse tubaire droite mais qui, déjà rompue ou fissurée dans un temps précédent, a constitué une hématocele latéro-utérine droite dont la paroi supérieure est constituée par la paroi inférieure du mésentère d'une anse grêle.

Castration droite.

Les annexes gauches sont saines.

Fermeture totale.

En avril 1933, on a des nouvelles de cette ancienne opérée. Ses règles ont réapparu 2 mois après son intervention et sont toujours normales. Bonne paroi. Bon état général ; pas de grossesse, pas de fausse-couche.

OBSERVATION XLVI

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Char., 26 ans, Ste-Anne, 1929, tome II, page 250.

Entre le 6 décembre 1929.

Opérée le 26 juin 1929, pour appendicite à chaud. Appendicectomie, puis 20 jours après colpotomie pour abcès résiduel siégeant à droite.

Réglée à 10 ans et demi, 5 jours par mois, avec 4 à 5 jours de retard. Ses règles sont assez douloureuses et s'accompagnent de pertes blanches.

Il y a 25 jours, ses règles ont apparu avec 3 jours de retard de plus que de coutume et avec moins d'abondance. Cinq

jours après, elle perd à nouveau du sang noirâtre qui persiste jusqu'à maintenant. Il y a 8 jours, brusque douleur à gauche avec vomissements.

A l'entrée, bon état général, pouls à 120, température à 37°5.

Le toucher permet de sentir une tuméfaction mollassse à gauche et le 23 décembre 1929, on essaie de pratiquer en vain une *ponction du Douglas*, qui est rendue impossible par la nervosité de la malade. Le lendemain, on pratique un nouvel examen qui montre la présence d'une masse molle dans le Douglas, accompagnée d'une déviation de l'utérus. La malade continuant à perdre, on décide d'intervenir.

Le 24 décembre 1929, intervention.

Pfannenstiel. Dès l'ouverture du ventre, le péritoine apparaît endeuillé. On libère des adhérences avec beaucoup de peine une grosse trompe gauche distendue.

Castration gauche.

Hémostase et fixation de la corne utérine au ligament rond. Nettoyage du Douglas et fermeture totale.

Les suites opératoires sont excellentes malgré un peu de météorisme du ventre dans les 48 premières heures. Les pertes rouges ont cessé le 4^e jour après l'intervention.

Le 4 janvier 1930, la cicatrisation est parfaite.

Le 25 janvier 1930, on fait un toucher utérin qui montre un utérus petit et mobile ; rien du côté des annexes.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette malade ; ses règles réapparaissent un mois et demi après l'opération et sont toujours normales. Elle n'a aucun trouble et n'a eu ni grossesse ni fausse-couche.

OBSERVATION XLVII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Val..., 34 ans, Ste-Anne, 1914, page 112.

Entre le 23 avril 1914.

Eut une grossesse en 1904 et une fausse-couche en 1906.

Réglée toujours très régulièrement.

Cette femme a été prise brusquement, à la suite d'un retard de règles de 8 jours, d'une douleur dans le bas ventre localisée au niveau de la fosse iliaque droite. En même temps, elle a eu quelques vomissements, son ventre s'est ballonné et elle s'est mise à perdre.

Actuellement, elle présente encore des pertes rouges brique, son ventre est ballonné, et, au-dessus de la symphyse, se dessine un cœur de carte à jouer que l'on délimite par le palper combiné au toucher.

Toucher : col entr'ouvert, refoulé contre la symphyse ; le Douglas est rempli par une masse fluctuante.

Le 25 avril 1914, intervention.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On se trouve en présence d'un gros hématome enkysté dans le Douglas. Ablation de la trompe droite. A gauche, la trompe présente des lésions qui commandent son ablation. D'autre part, l'utérus est gros et on décide de l'enlever.

Hystérectomie subtotale.

Drain intra-cervical et péritonisation haute.

Le 15 mai 1914, colpotomie. Il s'échappe du pus.

En mai 1933, on a des nouvelles de cette malade qui a présenté un bon état général depuis son opération. Elle a une bonne cicatrice non douloureuse.

OBSERVATION XLVIII

Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Tixier.

Mme Bax..., 24 ans, Ste-Anne, 1914, page 117.

Entre le 27 avril 1914.

Eut un enfant il y a 3 ans et depuis elle est réglée d'une façon très régulière.

Ses dernières règles normales remontent au mois de février. Elles manquent au mois de mars, et le 27, à la suite d'une

introduction d'une sonde en gomme intra-utérine, elle eut une hémorragie sans caillots durant 3 jours, qui cesse pour réapparaître. Actuellement, elle présente des douleurs abdominales siégeant surtout à droite.

Toucher : utérus gros, dur, un peu irrégulier ; collection droite fixée, arrondie, haute anté-utérine ; pas d'infiltration du Douglas ; la mobilité de l'utérus est douloureuse.

Le 29 avril 1914, intervention.

Pfannenstiel. Péritoine uniformément rouge. On trouve des signes d'une pelvi-péritonite récente.

A gauche, on reconnaît une annexite et à droite une trompe violacée, vineuse, présentant une adhérence avec l'appendice.

On pratique alors une *hystérectomie totale* et l'ablation de l'appendice.

Fermeture totale.

Dans la trompe droite, on a trouvé un placenta.

En avril 1933, on a des nouvelles de cette ancienne opérée qui a présenté un bon état général depuis son intervention et ne se plaint pas de sa cicatrice qui serait très apparente.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons étudié, à propos de 105 observations, la valeur des différentes méthodes de traitement de la grossesse tubaire avant le 5^e mois.

II. — Les résultats observés et contrôlés prouvent que le traitement des grossesses tubaires doit être conservateur au maximum, sauf s'il s'agit d'une femme approchant de la ménopause et ayant déjà eu des enfants.

III. — Le nombre de grossesses tubaires itératives (10 %) est très restreint et moins important que celui des grossesses normales (18 %).

IV. — Les grossesses normales restent malgré tout peu nombreuses, car les malades conservent la crainte

d'une nouvelle grossesse tubaire. Elles évitent une grossesse sans que cependant puisse être invoquée une déficience anatomique et physiologique de leur arbre génital (règles normales, abondantes, indolores — pas de troubles d'insuffisance ovarienne).

Vu :

Le Doyen,

J. LÉPINE.

Le Président de la Thèse,

TIXIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Décembre 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. LIRONDELLE.

Table des Matières

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER : <i>Les méthodes thérapeutiques</i>	11
1° Méthodes expectatives	11
2° Méthodes opératoires	14
CHAPITRE II : <i>Les indications opératoires</i>	27
CHAPITRE III : <i>Les résultats opératoires</i>	31
1° Les résultats immédiats	32
2° Les résultats éloignés	45
CHAPITRE IV : <i>Les observations</i>	51
CORRIGENDUMS	99

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

